

Este documento ha sido descargado de:
This document was downloaded from:



Nülan

**Portal *de* Promoción y Difusión
Pública *del* Conocimiento
Académico y Científico**

<http://nulan.mdp.edu.ar> :: @NulanFCEyS

+info <http://nulan.mdp.edu.ar/2535/>

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales

Maestría en Administración de Negocios
10ª Cohorte

Tesis de Maestría

**“INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN Y GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA
ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS HOTELEROS HOSPITALARIOS EN
BASE A LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES”**

Unidad de Análisis:

“Clínica privada del Partido de General Pueyrredón”

Alumno: Lic. Alejandro Garis

Directora: Mg. Mariana Foutel

Co-Director: Mg. Raúl de Vega

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis padres y a mi hermana, que me inculcaron la importancia de la educación continua, los valores de la cultura y la perseverancia, que me permitieron finalizar este Trabajo Final de Maestría; haciendo una especial mención a mi padre, quien me ayudó mucho en momentos en que me llamaba a la reflexión y la calma.

También mi agradecimiento es para con mis compañeros de trabajo, jefes y gerentes, quienes en primer lugar me abrieron las puertas de la institución, y especialmente a Lucas, quien confió en mí para hacerme cargo del Departamento de RR.HH. de la empresa.

A Suso, quien me ha invitado numerosísimos cafés y gaseosas cuando me sentaba durante horas y horas en el Café Matisse, donde encontré el lugar para concentrarme e inspirarme en el desarrollo de este Trabajo Final de Maestría.

A Silvana Lozain, por su predisposición, compañerismo, y persona de bien, quien fue fundamental en la corrección de esta tesis, que fue uno de mis principales obstáculos.

Asimismo, no puedo dejar de agradecer a mis Directores: Mariana Foutel y Raúl De Vega, quienes además de dedicarme todo su conocimiento y su valioso tiempo, han soportado mis insistentes mails y llamadas para finalizar este trabajo.

“El deseo es el motor que denota la chispa necesaria para transformar las cosas. Se anhela, se imagina, se proyecta antes de emprender cualquier acción o cambio sobre la realidad Inmediata. Una idea germinal puede promover muchas cosas, pero más allá de los resultados concretos, lo importante es no perder la capacidad de imaginar, proyectar y crear.”¹

¹ Muestra temporal “Horizontes de Deseo” (marzo, 2015). Museo de Arte Contemporáneo (MAR), Mar del Plata, Argentina.

ÍNDICE

Resumen Ejecutivo	5
Introducción	6
Objetivo de la Investigación.....	8
Objetivos secundarios	9
Descripción Metodológica	10
 Capítulo 1. Marco Teórico.....	12
1.1 La calidad en el Servicio de Salud	14
1.2 Características de atención al cliente en servicios de salud.....	19
1.3 Análisis del ciclo de vida del servicio de salud.....	20
1.4 Dimensión de la matriz Servqual.....	21
1.5 Expectativas de los pacientes en el área de la salud.....	23
1.6 Componentes de la atención al paciente.....	24
1.7 La Hotelería Clínica: cambio de paradigma de la atención Sanitaria.....	26
1.8 Servicios hospitalarios: pacientes hospitalizados.....	30
1.9 Producción hospitalaria.....	31
1.10 ¿Por qué es importante la Hotelería Hospitalaria?.....	35
1.11 La gestión del talento humano	43
1.12 Gestión de conocimiento.....	45
1.13 La gestión del cambio en las organizaciones.....	46
1.14 La co-creación de valor	48
1.15 Gestión de las experiencias del cliente.....	52
1.16 Otros métodos de análisis de la calidad	56
 Capítulo 2. Presentación del caso de análisis	58
 Capítulo 3. Instrumento de medición y metodología	61
3.1 La encuesta de satisfacción del paciente y sus antecedentes ...	61
3.2 Instrumento de medición	62
 Capítulo 4. Presentación de resultados	66

Capítulo 5. Análisis de resultados. Reflexiones	71
Capítulo 6. Propuestas de mejora	73
6.1 Plan anual de implementación de políticas de mejora	75
Conclusiones.....	79
Anexo	81
Círculo virtuoso de la salud	83
Formulario de encuesta	84
Gráficos: resultados	85
Bibliografía	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Dimensiones de la calidad de los servicios de salud	15
Figura 2. Características de atención al cliente en servicios de salud	20
Figura 3. Ciclo de servicio en la salud	21
Figura 4. Dimensiones de la matriz Servqual	23
Figura 5. Expectativas de los pacientes	24
Figura 6. Componentes de la atención al paciente	25
Figura 7. Producción hospitalaria	31
Figura 8. Aspectos del confort	39
Figura 9. Organo de gobierno de la Clínica	59
Figura 10. Plan anual de implementación de mejoras	75

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Co-creación de valor	51
Tabla 2. Especialidades médicas	60

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo final de Maestría tiene como objetivo hacer un relevamiento de los estándares de calidad en los servicios de salud, en especial en los aspectos vinculados a la Hotelería Hospitalaria, **y proponer medidas**. Se enfoca en la medición a partir del relevamiento de opinión de los pacientes, procurando analizar el aporte de la información obtenida para la toma de decisiones efectivas en materia de calidad de los servicios prestados.

Se desarrolló un estudio de campo con más de 350 casos efectivos en una clínica de las más importantes de la ciudad de Mar del Plata, en camas, volumen de internación anual, actualización tecnológica, prestaciones, etc.

Los resultados manifiestan cómo esta actividad (calidad de atención y Hotelería Hospitalaria) incipiente en las clínicas privadas, comienza a profesionalizarse.

Es una actividad nueva en el país, aunque con el transcurso de los años se ve la adopción de las tendencias predominantes del mercado: agregar más calidad y valor a los servicios de internación.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final de Maestría está enfocado en la medición de la calidad percibida por el paciente en las organizaciones sanatorias de la ciudad de Mar del Plata. Particularmente se trabaja sobre los instrumentos de medición de la percepción de la calidad de los servicios no sanitarios o llamados Servicios Hoteleros dentro de una Institución de Salud.

Cabe aclarar que el marco teórico en cuestión también es aplicable a otras organizaciones que prestan servicios asistenciales, como podrían ser por ejemplo clínicas ambulatorias, centros de estética, consultorios externos de alguna especialidad médica, debiendo identificar en cada caso las “amenidades”, en términos de Donabedian (1990)², que configuran para el paciente la percepción de un servicio de calidad.

Enfocando en las instituciones sanatorias, resulta destacable que los pioneros en este tipo de mediciones de calidad han sido los hoteles turísticos, que han tenido un crecimiento y profesionalización mayor en los últimos 30 años con respecto a los sanatorios y entidades de salud. Allí emergen como atributos prioritarios de la calidad hotelera clínica (identificada como servicio de apoyo) la alimentación, el espacio físico, la cordialidad, el trato a los acompañantes, el estado edilicio, la comodidad de la cama, los ruidos, el trato de enfermeros, el trato de mucamas, la facilidad de realizar trámites de admisión, etc.

Este trabajo final no tiene como objeto de estudio medir la calidad médica: se parte de la premisa propuesta por Conde Soladana (2002) en base a estudios realizados en esta temática “Que lo que mejor perciben los pacientes hospitalizados es la calidad de la Hotelería Hospitalaria, además del trato humano, por serles más cercano, más próximo. Y los cuidados de enfermería porque simplemente dan por hecho que están haciendo lo que procede en cada caso, que van a curarse y admiten incluso aquellas

² Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Méjico: Instituto Nacional de Salud Pública.

pruebas que pueden ser agresivas pero que entienden como necesarias. Todos tenemos parámetros para valorar la calidad de unos servicios tan básicos e igualmente importantes cuya finalidad no sólo es proporcionar sensación de confort, sino que se entiende en muchos casos como parte integrante de la curación.”³ En líneas muy genéricas, sacando profesionales de la salud, se estima que el paciente no es capaz de evaluar la calidad de una intervención quirúrgica, por desconocer la temática y por estar en estado de anestesia durante la misma.

El propósito del trabajo es demostrar la importancia de efectuar un relevamiento entre todos los pacientes que estén internados al menos una noche en una clínica de la ciudad, con el objetivo de analizar los desvíos e identificar dónde los pacientes demuestran sus descontentos con algún servicio hotelero. Cada una de las preguntas tiene unos indicadores mínimos que rondan en un descontento de entre el 3% y 4%; cuando se supere estos porcentajes es donde habrá que hacer hincapié y poner bajo la lupa esos servicios con el fin de corregirlo en un plazo de tiempo corto (no menos de dos o tres semanas) y mantener los estándares de calidad por debajo de los mencionados anteriormente.

En Argentina este tipo de mediciones en calidad de servicios hospitalarios comenzó hace poco menos de diez años en hospitales de primera línea de la Ciudad de Buenos Aires, como el Sanatorio Los Arcos, la Maternidad Suizo Argentina, sanatorio Matter Dei, Swiss Medical, entre otros.

En la ciudad de Mar del Plata, recién hace algunos años se está comenzando a trabajar con estos temas. Si bien en esta ciudad es reciente el trabajo de las clínicas sobre estos temas y existen escasos antecedentes, las nuevas tendencias de los consumidores de los servicios de salud requieren adecuarse a estas exigencias del mercado por parte de los sanatorios privados.

La primera parte del trabajo consiste en un marco teórico sobre el tema en cuestión y propone un instrumento de medición capaz de medir las

³ Conde Soladana, C. (septiembre, 2002). *Los servicios de hostelería hospitalaria: ¿comunicamos?* En: IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Guijón, España.

variables referidas a la calidad de la atención, poniéndolo en funcionamiento en una clínica privada de la ciudad, con el fin de obtener resultados y proponer mejoras para que los ítems relevados queden por debajo de los índices de calidad mínimos.

En la segunda etapa se realiza una descripción de la Unidad de Análisis con el fin de tomar conocimiento sobre la magnitud de la empresa donde se realiza, su conformación, servicios que presta y toda otra característica que permita dimensionarla e inferir su posicionamiento en relación a los demás efectores en el mercado marplatense de salud.

La tercera etapa describe y muestra el instrumento de medición, las preguntas y cómo está diagramado el cuestionario.

La cuarta etapa del trabajo se refiere al procesamiento y análisis de los resultados de la encuesta de satisfacción, presentando las respuestas obtenidas y elaboración de conclusiones al respecto.

En la quinta etapa se exponen propuestas de mejora sobre aquellos ítems que se podrían optimizar según lo relevado por las encuestas, que redundaría en un aumento de la funcionalidad del servicio y en la satisfacción del paciente.

Para poder desarrollar los objetivos planteados, es necesario hacer un estudio de campo real en una de las clínicas más importantes de la ciudad y con mayor proyección de crecimiento a futuro en complejidad y volumen de atención. Los directivos de la clínica se vieron interesados en la realización de este trabajo y de este relevamiento de información que servirá a la institución para su plan de mejora.

Objetivo de la Investigación

Analizar el nivel de satisfacción de los pacientes de la entidad hospitalaria a través del reconocimiento de los atributos de calidad percibidos por los usuarios que posibiliten la generación de propuestas de mejora para lograr la excelencia en la calidad de prestación de servicios de salud, a medida de los requerimientos del mercado.

Objetivos Secundarios

- Diseñar un instrumento de medición sobre el grado de satisfacción del paciente.
- Analizar la calidad de los servicios de la Entidad Hospitalaria
- Formular propuestas de mejoras según los resultados obtenidos para mantener el grado de satisfacción en niveles de excelencia.

La importancia del tema objeto de estudio radica en los cambios de tendencia de los consumidores de servicios de salud y cómo las prestadoras de estos servicios deben adecuarse a los nuevos requerimientos de los consumidores de estos tipos de servicios. En un contexto de mucha competencia y donde muchas veces quien consume no es el que paga el servicio (pagan en gran parte las obras sociales), es fundamental medir, evaluar y crear sistemas que puedan dar cuenta de cómo se gestiona la calidad de las prestaciones del servicio en una clínica.

Es importante destacar que el consumidor no puede medir por sí mismo una intervención quirúrgica, si fue o no de calidad, pero puede percibir los servicios intangibles como la ambientación, decoración, alimentación, calidez de las personas con quienes los internados tienen contacto, etc.

Lo más importante es reconocer que para conseguir mejorar los servicios que se ofrecen es necesario conocer las necesidades y expectativas de los pacientes y saber convertirlas en requisitos y en objetivos asistenciales. Si a una clínica o sanatorio le son sustraídos los equipos médicos y el personal clínico, queda una estructura que bien pudiese ser la de un hotel. De esta manera, en ambos tipos de instituciones podemos conseguir áreas edilicias similares: lobby, salas de espera o descanso, escaleras y ascensores, pisos con habitaciones; sectores análogos como ser: recepción, restaurante o confitería, lavandería, mantenimiento y muchos más servicios en común. Son ambos establecimientos de alojamiento para personas que van a abonar por un servicio apropiado, y por lo tanto exigen obtener lo que esperan por su pago.

Es por esto que se propone destacar la Hotelería Hospitalaria como un departamento más dentro de la institución de salud, enfocada a los aspectos relacionados con la comodidad y el confort, con la atención personalizada de personal idóneo en el tema y con un servicio de calidad que asegure la satisfacción del paciente durante el proceso de recuperación, haciendo más cómoda y agradable la estancia del enfermo o de la futura madre y menos traumática la separación de su medio habitual de vida y de su entorno familiar.

La medición de la percepción de la calidad, que es el tema principal del trabajo, se realizará a través de encuestas, método de investigación compatible con otros instrumentos de recolección de datos, como lo son la entrevista y la observación.

Para elaborar estadísticas esta práctica se realizó personalmente en la clínica, en todas las habitaciones con pacientes con al menos 24 hs de internación. Las entrevistas se realizaron hasta alcanzar el principio de saturación, es decir, que exista una obvia repetición en las respuestas y no haya respuestas o conclusiones distintas.

Descripción Metodológica

Luego de seleccionar y leer la bibliografía sugerida por los directores y la información recibida por el Centro de Documentación de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales de la UNMDP, antes de comenzar a diseñar el cuestionario, se realizaron varias entrevistas a médicos y directivos de entidades de salud; también se ha utilizado el método de observación. Se hizo un relevamiento presencial y entrevistas con pacientes internados, en donde se encontró el punto de saturación luego de entrevistar a 20 pacientes. Esta información y todos los datos recabados fueron volcados para diseñar el instrumento de medición.

El instrumento planteado es una encuesta cerrada, con una escala de cinco niveles y un espacio para observaciones y sugerencias.

Los datos fueron recolectados de los pacientes que han estado internados en la entidad entre los meses de agosto y octubre de 2014.

El proceso de recolección de datos se dio en pacientes que al menos han pernoctado un día en la clínica en los pisos de internación general, maternidad, Piso V.I.P, unidad coronaria ó unidad de terapia intensiva.

La metodología consistió en la entrega de la encuesta de satisfacción en el momento en que el paciente pasa por el sector de admisión para ser internado. La encuesta fue entregada por el personal administrativo del sector junto con la pulsera de identificación y la documentación correspondiente a la internación. Al momento de ser dado de alta, se le solicitó al paciente la documentación otorgada por el médico junto a la encuesta completa.

Los lineamientos generales que se han seguido son los propuestos por la Superintendencia de Salud del Gobierno de la Ciudad de Santiago de Chile⁴ y el sustento técnico propuesto por Avedis Donabedian.⁵

⁴ Pezoa G, M. (2012). *¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?*. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392_recurso_1.pdf

⁵ Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

Este capítulo tiene por objeto presentar los conceptos teóricos vinculados a las teorías existentes sobre políticas de calidad en servicios hoteleros y Hospitalarios de apoyo. Los conceptos y antecedentes que existen referidos a estos temas serán vitales para luego comprender el por qué de las preguntas del cuestionario y la importancia de los temas a relevar.

Servicio al cliente

Servicio al cliente es el conjunto de actividades desarrolladas por la institución de salud con el fin de satisfacer una necesidad y de lograr un alto nivel de bienestar a través de la ejecución de estrategias y de un servicio de calidad.

Importancia

La orientación de estrategias, acciones y objetivos de toda empresa u organización debe de ir encaminada hacia el cliente, por lo tanto se debe conocer sus necesidades, qué les satisface y sus expectativas. Toda institución debe alcanzar excelencia en todo el proceso de servicio, desde la venta hasta el servicio post-venta.

Las organizaciones deben poseer algún aspecto diferenciador, que pueda competir con los recursos que poseen el resto de organizaciones. Y uno de ellos, sin duda, es el servicio de atención al cliente. Cuanto más profesional sea este servicio, mayor será la posibilidad de que terminen comprando el producto/servicio, y sobre todo de crear fidelidad en los clientes.

Componentes del servicio al cliente

El nivel de servicio se puede expresar por:

- El nivel de servicio ofrecido
- El nivel de servicio proporcionado
- El nivel de servicio percibido por el cliente.

El objetivo de toda empresa debe ser garantizar que no existan diferencias entre el nivel de servicio ofrecido y el nivel de servicio percibido/esperado, en ninguno de los componentes del servicio.

La fragmentación de los sistemas de salud

La fragmentación de los sistemas de salud es un problema entre cuyas consecuencias se destaca la ineficiencia, inequidad e ineficacia en los mismos. En América Latina y el Caribe, históricamente los sistemas de salud se han caracterizado por los distintos niveles de fragmentación respecto a las instancias que los conforman. Sin embargo, en la década de los noventa, los procesos de reforma a los sistemas de salud del continente implicaron, para algunos de los países de la región, la oportunidad para avanzar en la integración de sus sistemas o de profundizar su fragmentación. En este sentido, si bien se esperaba que la descentralización de los servicios de salud y la implementación de nuevos sistemas de financiamiento y provisión se tradujeran en un mejor desempeño, los resultados han sido disímiles respecto de los países en donde se han implementado dichas experiencias de cambio⁶.

Para que un paciente pueda reincorporarse a la vida normal luego de una intervención quirúrgica o tratamiento médico, debe pasar por el Círculo Virtuoso de la Salud (ver gráfico en Anexo), que debe devolvernos al estado de salud ideal de cada ser humano: el individuo sano. La clínica debe acompañar todo este proceso con una atención cálida y profesional, sobre la

⁶ Artaza Barrios O., Méndez, C.; Holder Morrison, R; Suárez Jiménez, JM. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS. (p. 59)

base de una infraestructura, tecnología y procedimientos en constante actualización.

1.1 LA CALIDAD EN EL SERVICIO DE LA SALUD

Según Donabedian⁷, la calidad en el servicio de salud puede definirse en base a las siguientes dimensiones:

a) Técnico Científica

En esta dimensión se pretenden garantizar servicios seguros para el usuario. Se compone de cuatro elementos determinantes:

- I) Oportunidad
- II) Eficacia
- III) Integralidad
- IV) Accesibilidad

b) Entorno Administrativa

Esta dimensión se vincula con el entorno y en la relación Organización-Paciente. Las variables que las componen son las siguientes:

- I) Seguridad
- II) Ambiente
- III) Limpieza
- IV) Privacidad
- V) Experiencia
- VI) Precios

c) Humana

Esta dimensión vincula la relación de colaboradores internos y los usuarios. Las variables de esta dimensión, están compuestas por:

- I) Respeto y empatía

⁷ Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748

- II) Trabajo en equipo
- III) Confiabilidad
- IV) Responsabilidad
- V) Comunicación y Puntualidad
- VI) Cuidado del Paciente
- VII) Capacidad de Respuesta

A modo de ejemplo, se describe sinópticamente en el siguiente gráfico:

Dimensiones de la calidad de los servicios de salud

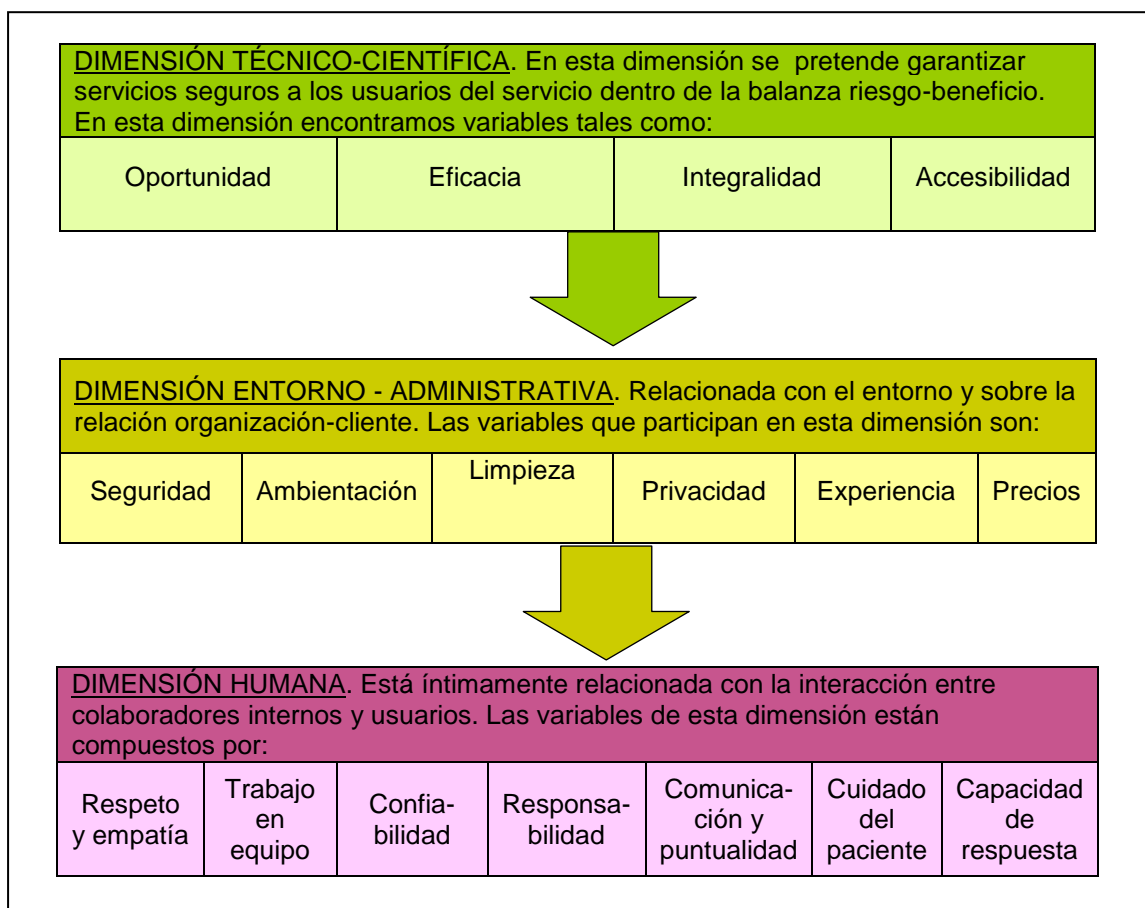


Figura 1. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

¿Cómo se vincula la calidad con la eficiencia en los servicios de salud?

En el campo de la salud se considera eficiente el servicio si se brinda un producto sanitario con el mínimo uso de recursos y que sea aceptable para la sociedad. Es decir, se logra eficiencia en salud cuando se alcanzan los mejores resultados con los recursos disponibles⁸.

Los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados.

➤ **Indicadores de calidad de la estructura:**

La evaluación de la estructura implica los recursos materiales, los recursos humanos y otros aspectos institucionales o gerenciales.

➤ **Indicadores de la calidad del proceso:**

En la atención médica los procesos suelen tener enormes variaciones. Con los indicadores se trata de identificar las fuentes de variación que pueden deberse a problemas en la calidad de la atención⁹.

➤ **Indicadores de calidad basados en los resultados:**

El análisis de los resultados de la atención de salud ofrece oportunidades para valorar eficacia, efectividad y eficiencia de las prácticas médicas, tanto en el aspecto de la evaluación de las tecnologías como en la evaluación de los propios proveedores de servicios asistenciales.

El uso de indicadores es y continuará siendo de utilidad para los administradores de las unidades médicas, para las autoridades sanitarias y para todos aquellos que de una forma u otra están vinculados con el perfeccionamiento del Sector de la Salud.

⁸ Gálvez, A.M. (febrero, 1999). *Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana*. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

⁹ Gilmore, C.M y De Moraes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad*. Washington DC: OPS PALTEX.

Importancia de la calidad en el servicio de salud

La calidad en los servicios de salud debe ser tomada no como un requerimiento más de los estándares actuales sino como un atributo inherente a las organizaciones de salud.

El propósito de la calidad debe ser mejorar las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales. Desde la perspectiva de la equidad y la eficacia se deben realizar constantemente todos los procesos necesarios para obtener como resultado una atención integral de la salud.

Desde esta óptica son elementos básicos en la calidad del servicio de salud, según Torres y Flores, los que se puntualizan a continuación:¹⁰

- INFORMACIÓN AL CLIENTE: Implica satisfacer al cliente con todas sus inquietudes y necesidades de la mejor manera, siempre mostrando empatía.
- MECANISMO DE SEGUIMIENTO: Es importante la retroalimentación organización-cliente; la organización debe estar al pendiente de todos sus clientes, darles un seguimiento para conocer su satisfacción y cuáles son sus quejas para solucionarlas.
- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS: Optimizar el tiempo en los servicios, mejorarlos o aumentarlos si son necesarios. El objetivo es brindar al cliente la mayor satisfacción en el menor tiempo posible.
- RELACIONES INTERPERSONALES: Un buen trato, el apoyo sincero al cliente y una actitud respetuosa incrementará activamente las relaciones entre la organización y el cliente, ya que el cliente se sentirá más seguro, más confiado, por lo que brindará más información y regresará.
- CAPACIDAD TÉCNICA: Es el claro conocimiento y habilidades para solucionar problemas, el mismo que deben poseer todos los miembros de la organización. Con esto se evitan mayores complicaciones.
- DISPONIBILIDAD DE INSUMOS: Mayor variedad y opciones de producir servicios. Se habla de optimización de recursos. Es importante conocer y manejar adecuadamente todas las áreas de la organización y a

¹⁰ Urroz Torres, O. y Allen Flores, P. (2004) *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local: módulo IX*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

los clientes para brindarles productos y servicios de acuerdo a sus necesidades, y siempre contar con la disponibilidad de éstos.

Los referidos autores consideran, a su vez, que los componentes que participan en la evaluación de calidad del servicio de salud son: equidad, eficiencia y eficacia¹¹. La importancia de estas nociones y la comprensión unívoca de su alcance lleva a su definición en los párrafos siguientes:

- **EQUIDAD**: Es la reducción de las diferencias en la situación de salud de los diferentes grupos sociales o unidades espacio-población. Diferencias que se consideran innecesarias o evitables, pero que además se consideran injustas y que deben orientar el proceso de transformación de los servicios de salud en una doble dimensión de calidad y cantidad.
- **EFICACIA**: Es entendida como aquellas intervenciones realmente útiles para la eliminación de riesgos, la prevención y el control de los daños y la promoción de determinantes que protegen la salud colectiva e individual de la población. La calidad de los servicios de salud depende de la eficacia, por lo que debe responder a las siguientes preguntas: por ejemplo, cuando el servicio ha sido brindado correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Se está actuando con calidad humana y avanzada tecnología?
- **EFICIENCIA**: Es el máximo resultado posible que puede ser alcanzado a partir de un volumen de recursos determinado, en función de la equidad y de la eficacia de las acciones necesarias para modificar positivamente la situación de salud de una comunidad concreta.

Requisitos fundamentales que permiten el éxito del proceso de mejora a la calidad del servicio de salud.

Harrington (1998) señala los requisitos de la siguiente manera:

- Reconocimiento que el cliente es el elemento más importante del proceso.

¹¹ Urroz Torres, O. y Allen Flores, P. (2004) *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local: módulo IX*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.

- El convencimiento de que sí hay forma de mejorar.
- Enfoque administrativo, liderazgo y participación.
- El estándar del desempeño de cero errores.
- Enfocar el mejoramiento en el proceso, no en las personas.
- El reconocimiento a los éxitos.

1.2 CARACTERÍSTICAS DE ATENCIÓN AL CLIENTE EN SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud poseen ocho dimensiones o características de atención al cliente para lograr la excelencia en la atención y satisfacción del cliente. Estas dimensiones son complementarias una de otra y sería imposible una buena calidad de atención si faltara alguna de ellas. Las mismas se mencionan en el gráfico que se presenta a continuación:

Características de atención al cliente en servicios de salud

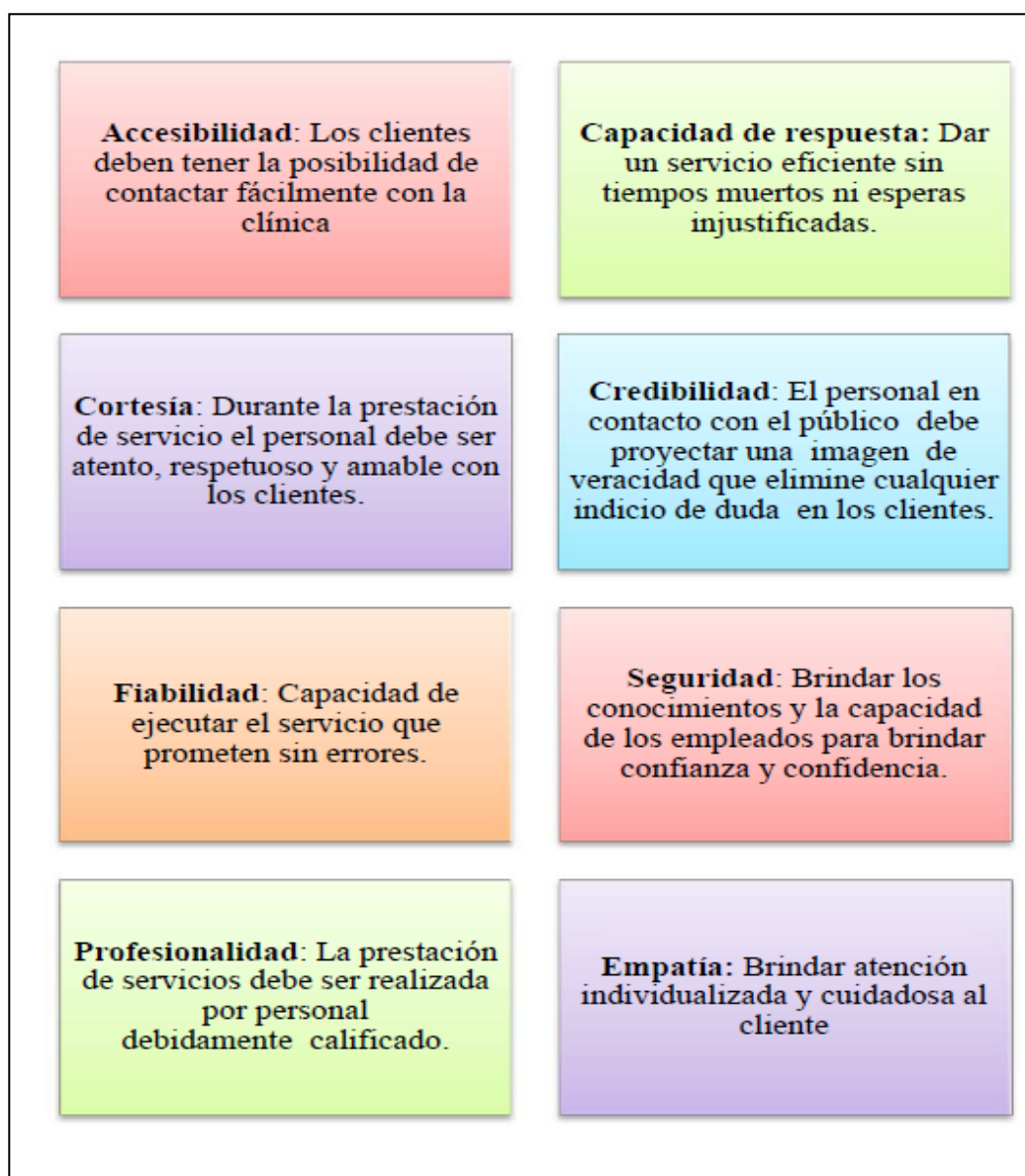


Figura 2. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

1.3 ANÁLISIS DEL CICLO DE VIDA DEL SERVICIO DE SALUD

El ciclo de servicio es la secuencia completa de los momentos de la verdad que el cliente experimenta al solicitar un servicio. A continuación se presenta un gráfico que resume el ciclo del servicio en una clínica:

Ciclo de Servicio en la Salud

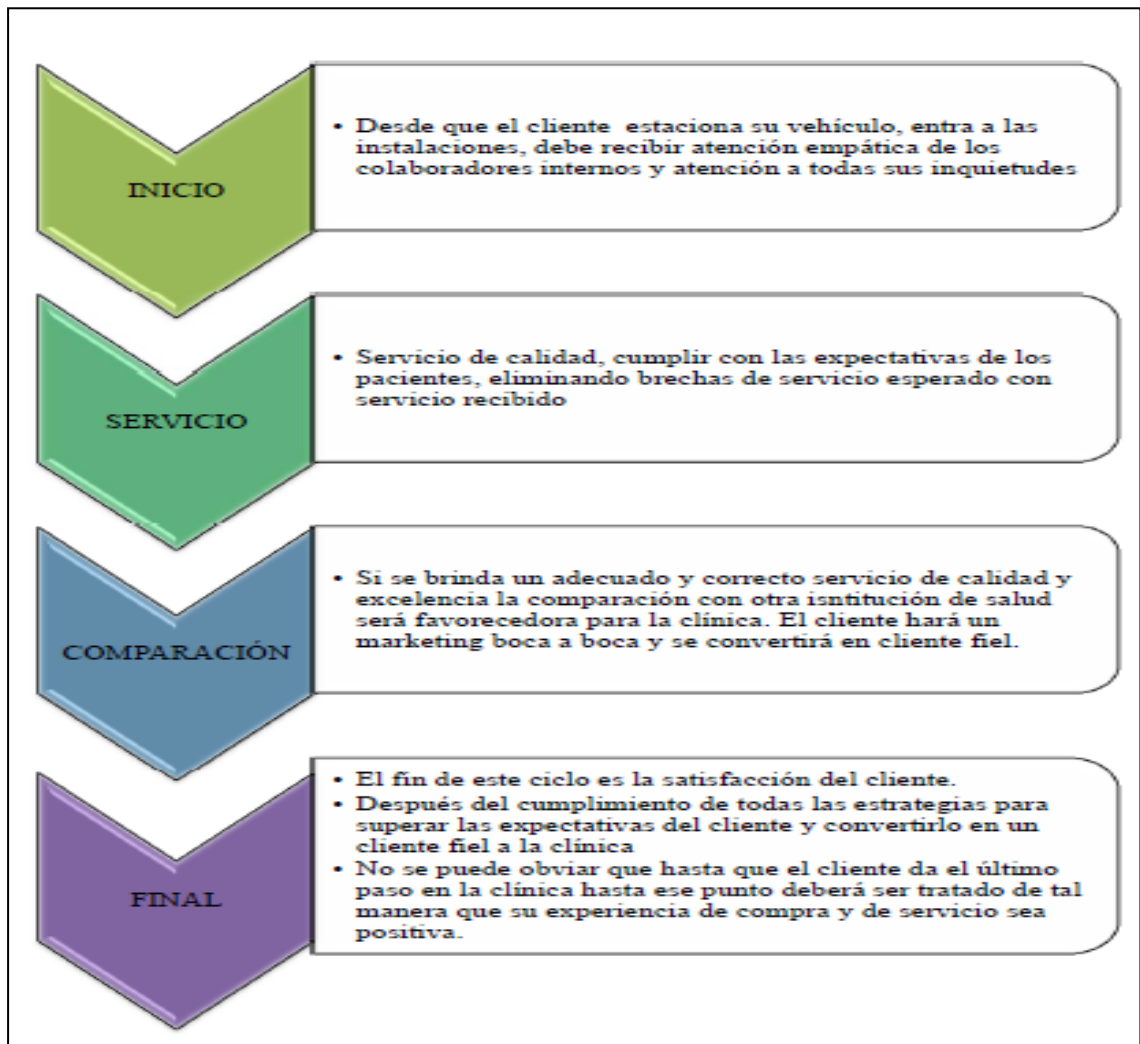


Figura 3. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

1.4 DIMENSIÓN DE LA MATRIZ SERVQUAL

El propósito del Modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio es mejorar la calidad de servicio ofrecida por una organización. Utiliza un cuestionario tipo que evalúa la calidad de servicio a lo largo de las dimensiones: bienes materiales, confiabilidad, sensibilidad, capacidad, acceso, sensación asegurada, credibilidad, cortesía, comunicación y

entender al cliente. Está constituido por una escala de respuesta múltiple diseñada para comprender las expectativas de los clientes respecto a un servicio. Permite evaluar, pero también es un instrumento de mejora y de comparación con otras organizaciones.¹²

El modelo SERVQUAL de Calidad de Servicio mide lo que el cliente espera de la organización que presta el servicio en las dimensiones citadas, contrastando esa medida con la estimación de lo que el cliente percibe de ese servicio en esas dimensiones.

Determinando el “gap” o brecha entre las dos mediciones (la discrepancia entre lo que el cliente espera del servicio y lo que percibe del mismo) se pretende facilitar la puesta en marcha de acciones correctoras adecuadas que mejoren la calidad.

A continuación se detalla la matriz:

¹² Zeithaml, V. A., Parasuraman, A, Berry, L. L. (1993) *Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y expectativas de consumidores*. Madrid: Díaz de Santos.

Dimensiones de la matriz Servqual

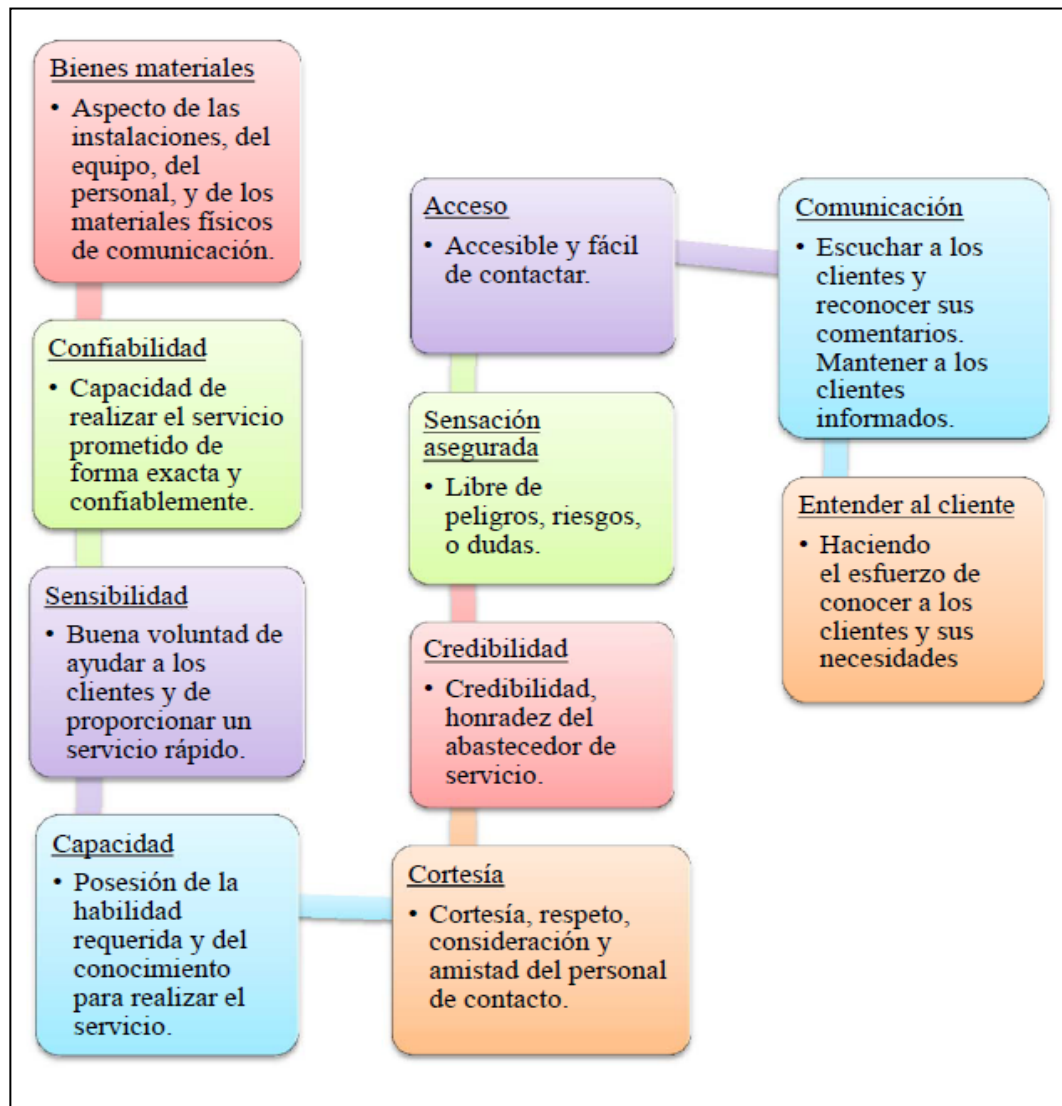


Figura 4. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador.* (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

1.5 EXPECTATIVAS DE LOS PACIENTES EN EL ÁREA DE LA SALUD

Las expectativas de los clientes no sólo radican en una buena o excelente atención por parte del médico, sino que el talento humano sea partícipe activo para brindar un servicio de calidad, recordando que a un cliente se lo trata bien desde que estaciona su vehículo hasta el momento que termina la relación con la institución, como puede visualizarse en el gráfico siguiente.

Expectativas de los Pacientes

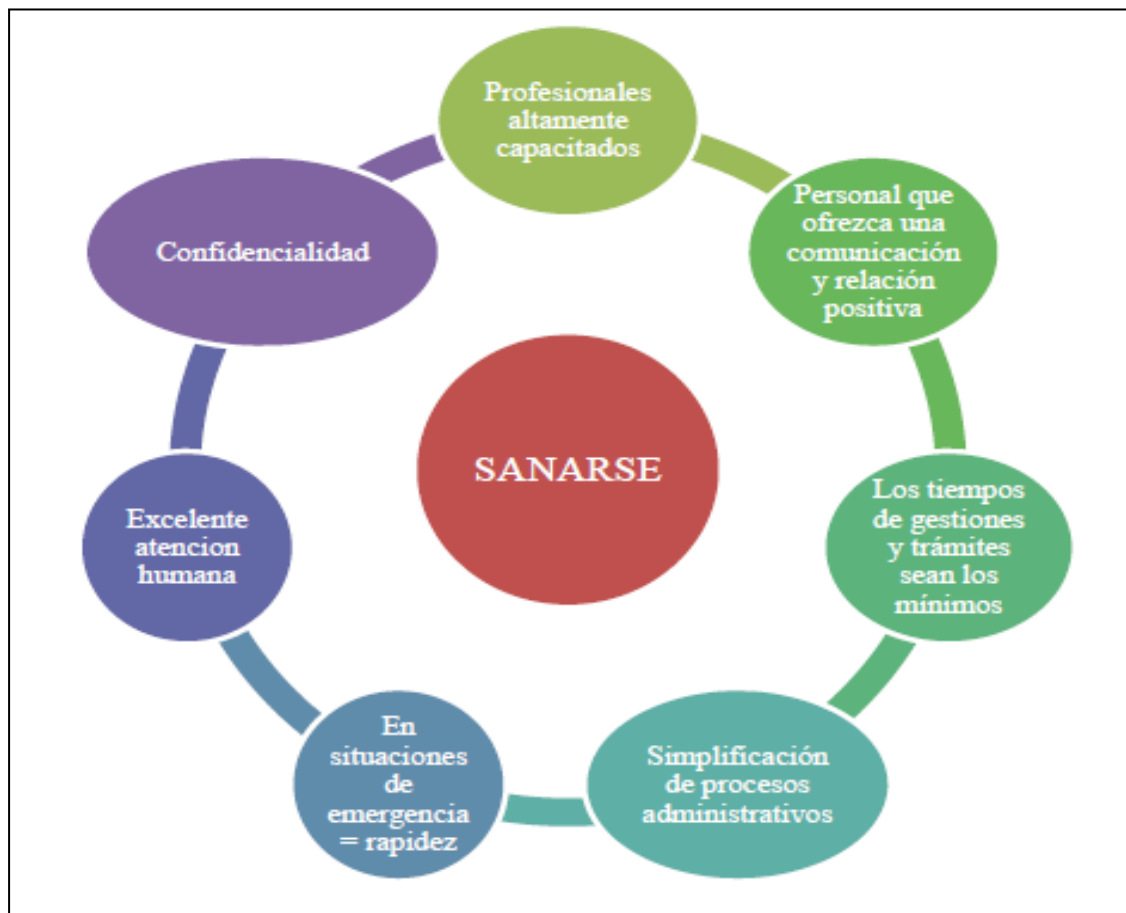


Figura 5. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

1.6 COMPONENTES DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE

Se parte del concepto esencial que si no se cuida lo básico, de nada servirán los detalles y los extras. No basta con que sepamos qué servicios ofrecer, a qué nivel lo debemos hacer y cuál es la mejor forma de ofrecerlos. Un servicio de calidad incorpora todos los componentes en él para obtener la máxima satisfacción en la experiencia del cliente.

Los siguientes son los nueve componentes básicos del buen servicio: costo, características del producto, calidad del producto, fiabilidad

del producto, servicio post venta, tiempo de respuesta, tiempo de entrega, actitud, disponibilidad. Si no están bien cubiertos, difícilmente se alcanzará una calidad de servicio adecuada. Cada caso debe valorarse a partir de la apreciación del cliente, cuáles son los elementos de mayor peso y alrededor de ellos diseñar el mejoramiento del nivel de servicio.

El área de la salud es un campo de estudio y de aplicación muy sensible, pues se manejan percepciones, expectativas y situaciones directamente relacionadas con la esperanza de vida, de bienestar. Por tal motivo las expectativas en los servicios de salud son altas¹³.

A continuación se realiza un esquema de los componentes de la atención al paciente propuestos por Kotler:

Componentes de la atención al paciente

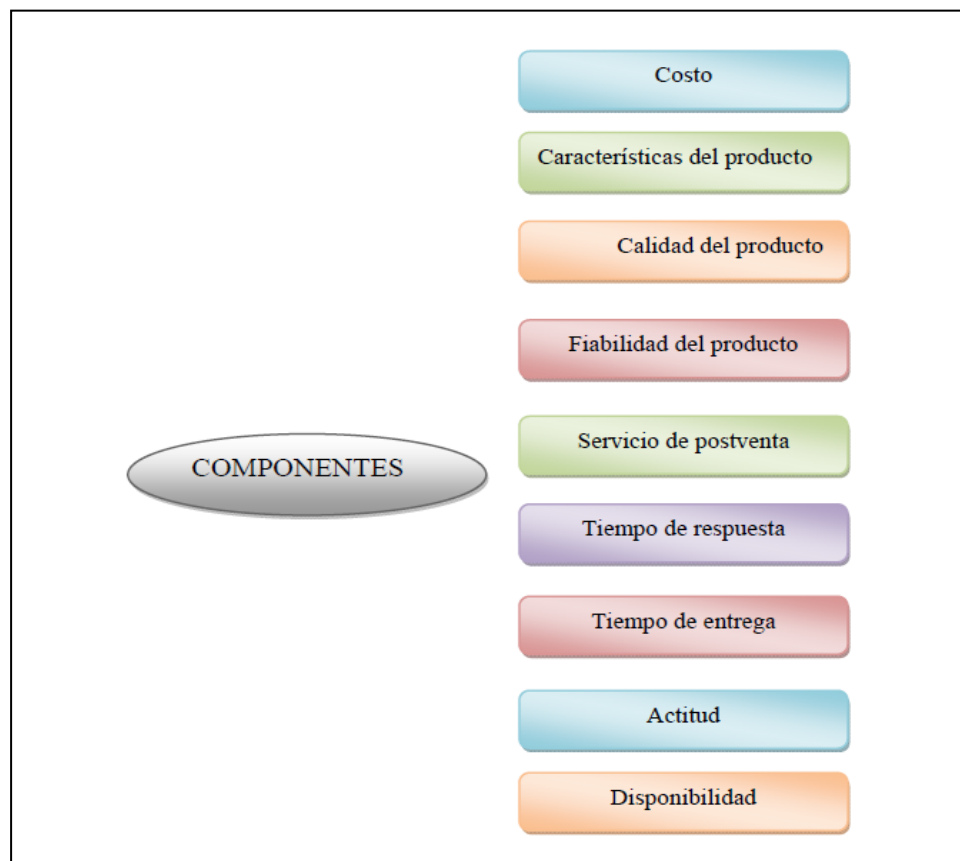


Figura 6. Reproducida de: Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

¹³ Kotler, P., Bloom P., Hayes, T. (2004). *El marketing de servicios profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Este gráfico propuesto por Kotler hace referencia a los recursos físicos, tecnológicos, humanos y de los procesos para lograr la calidad pretendida. Sin estos componentes alineados sería casi nula la probabilidad de cumplir los objetivos de calidad pretendidos.

1.7 LA HOTELERÍA CLÍNICA: CAMBIO DE PARADIGMA DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La adopción de los conceptos sobre los cuales se basa la atención hotelera en hospitales es viable debido a la gran similitud que hay entre ambas organizaciones con respecto a su organización espacial y funcional.

Por medio de investigación bibliográfica se halló que la definición de un hotel es: “Una estructura en la cual pueden hospedarse personas que por diversas razones, deben pasar una o más noches fuera de su lugar habitual de residencia”.¹⁴

Si a un hospital le son sustraídos los equipos médicos y el personal clínico, queda una estructura que bien puede ser un hotel. De esta manera en ambos tipos de instituciones podemos conseguir áreas de descanso y espera, restaurante, cocina, lavandería, áreas de servicio, ascensores, oficinas, calderas, etc. También pueden hallarse departamentos con funciones análogas en ambas instituciones como: admisión, recepción, administración, mucamas, mantenimiento, vigilancia, etc.¹⁵.

A través de la observación directa a veinticinco hospitales venezolanos, se halló que en éstos el personal de ingeniería no se encuentra en los mismos espacios en que los pacientes son atendidos. En la mayoría de los casos, el mantenimiento que debe dársele a las instalaciones internas se realiza en horarios fuera de atención a pacientes y

¹⁴Urquiza, M. S. (2005). *Hotelería hospitalaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

¹⁵Torre, F. de la. (1998). *Administración hotelera: primer curso, división cuartos*. México: Trillas.

adicionalmente, éste suele hacerse sobre grandes sistemas que soportan el funcionamiento del hospital¹⁶.

Este tipo de procedimientos impide que el personal de ingeniería observe deterioros menores que surgen en áreas públicas como habitaciones, pasillos, salas de espera y principalmente habitaciones en el transcurso de tiempo en el que se hallan pacientes ocupando estas áreas.

La Hotelería Hospitalaria propone que el personal de camareras pertenezca a la gerencia de hotelería. Esto se debe a que dicho personal se encuentra en contacto permanente con los pacientes y usuarios, hallándose físicamente ubicado en las áreas públicas, lo que le permite observar en todo momento los detalles relacionados con el mantenimiento del hospital.

Según los procedimientos regulares en los hoteles, las camareras utilizan una lista de chequeo (Check List) con ayuda de la cual verifican el perfecto estado de las áreas que le corresponde acondicionar. En esta lista se incluye funcionamiento de lámparas, enchufes, lavamanos, duchas, mobiliario y otros en áreas públicas y habitaciones.

En la propuesta de Hotelería en clínicas y hospitales, pueden añadirse a la lista los equipos médicos más sencillos que se encuentran en áreas para pacientes, tales como monitores o tomas para gases medicinales en habitaciones.

El resultado de la inspección realizada con la lista de chequeo (check list) debe ser enviado a mantenimiento para que sean tomadas las acciones pertinentes en el momento conveniente¹⁷.

En algunos casos la acción de mantenimiento debe ser inmediata, en otros debe esperarse a la salida de los pacientes del área, momento para el cual el personal de mantenimiento debe disponer todos sus recursos humanos y materiales para realizar su trabajo.

La propuesta de Hotelería Clínica permite a la gerencia de mantenimiento un mayor control del estado de las instalaciones y afina la

¹⁶ American College of Clinical Engineering. (1992). *What's a clinical engineer*. Recuperado de: http://accenet.org/about/Documents/What's_a_Clinical_Engineer.pdf

¹⁷ Roses, R. E. (1999). *Arquitectura hospitalaria: una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud*. Recuperado de: <http://www.arquitectura.com/arquitectura/monografias/arqhosp/roses.asp>.

percepción de detalles olvidados del mantenimiento que en suma reducen la calidad de las instalaciones.

La gestión de la Hotelería Clínica en un hospital apoya al área de Mantenimiento a través del servicio de mucamas. Pero tiene beneficios adicionales que redundan en el beneficio del personal clínico y de los pacientes.

Por su parte el área de Higiene u Hotelería permite un control minucioso de las actividades de limpieza y desinfección de las áreas internas y externas de la institución. El profesional de la hotelería conoce los procedimientos básicos de higiene necesarios para las estructuras hoteleras; sin embargo requiere formación adicional y constante actualización acerca de los procedimientos y productos adecuados para las necesidades especiales que en el área poseen las instituciones de salud (por ejemplo las técnicas de limpieza deben ser en húmedo con el fin de no levantar polvillo, gérmenes, etc.).

La división de Control de Calidad tiene bajo su responsabilidad diversos aspectos que redundan directamente sobre el bienestar del paciente y el usuario y por ende en el prestigio de la institución.

“Por otra parte, el hospital visto como negocio debe ser competitivo y debe tener ventajas que lo hagan permanecer posicionado en el mercado. La competencia en base a los costos es cada vez más complicada, los márgenes de ganancia son cada vez más estrechos y los esfuerzos por mejorar la productividad dan pequeñas ventajas”¹⁸.

Hoy en día la competencia está basada en la satisfacción del cliente. Un cliente altamente satisfecho e incluso excedido en sus expectativas va a volver a hacer uso de los servicios del hospital y va a recomendarlo a sus allegados.

Uno de los aspectos fundamentales que debe cuidar esta división, es la calidad en el trato brindado por cualquier empleado de la institución que se interrelacione con el público. Actualmente las empresas de servicios se esmeran especialmente en el cuidado de este aspecto ya que en muchos casos es fundamental para su permanencia en el mercado.

¹⁸ Romero, C. (1999). *Informe de actividades en el área de hotelería clínica*. Centro Médico Loira. Caracas, Venezuela: FUNINDES USB. Unidad de gestión de tecnologías en salud.

En segundo lugar, la división de Control de Calidad debe responsabilizarse por la atención personalizada a pacientes de consulta externa y hospitalización. En este sentido, debe cuidar que todas las personas que asistan a consulta tengan la información necesaria para satisfacer las necesidades del paciente en materia de patologías, horarios, turnos, etc. A través de señalización y puestos de información, debe vigilar que las áreas de espera y pasillos se encuentren adecuadamente acondicionadas para la permanencia de pacientes enfermos e incluso discapacitados, con sus respectivos acompañantes. Se incluye adicionalmente en su función controlar que los flujos de pacientes en las aéreas sean continuos evitando la formación de cuellos de botella o largas filas de usuarios diseñando y proponiendo métodos que faciliten las gestiones que deben ser realizadas por éstos.

En el área de hospitalización se vigilará permanentemente el estado de las instalaciones, indicando oportunamente las mejoras que deban hacerse a fin de incrementar el confort del usuario, tomando en consideración las necesidades particulares de los pacientes hospitalizados en cada área, teniendo en cuenta la “ergonomía, los equipos médicos utilizados en las habitaciones, el área de descanso de los acompañantes, etc.”¹⁹.

Se recomienda disponer de una persona dedicada a intercambiar impresiones sobre el trato recibido y la condición general de las instalaciones con todos los pacientes hospitalizados en el transcurso de su permanencia, a fin de tomar las acciones correctivas a tiempo y no al dar de alta al paciente.

Esta persona debe interesarse especialmente por el bienestar del paciente y sus acompañantes como huéspedes de la institución. Esto representará el centro en torno al cual gire la atención personalizada desde el punto de vista de la Hotelería Hospitalaria.

El tercer aspecto considerado dentro de la división será la imagen corporativa. El hotelero debe vigilar la imagen que proyecta la institución a través de todas sus manifestaciones hacia la comunidad. El cuidado de ésta

¹⁹ American College of Clinical Engineering. (1992). *What's a clinical engineer*. Recuperado de: http://accenet.org/about/Documents/What's_a_Clinical_Engineer.pdf

resultará agradable al paciente, pero sobre todo integrará al personal, incrementando su sentido de pertenencia a la institución y por lo tanto su satisfacción y motivación en el trabajo.

La incorporación de profesionales de la hospitalidad a las instituciones de salud pública y privada puede generar incrementos en el bienestar percibido por los usuarios y el personal de la organización. En Latinoamérica, las personas que acuden a dichas organizaciones presentan en general deficiencias de la salud, ya que se hace muy poca medicina preventiva. El incremento del bienestar ofrecido por la Hotelería Hospitalaria en el transcurso de la recuperación de la salud, representa un elemento importante para la mejora de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud.

Hoy en día es conocido que la recuperación de un paciente está estrechamente relacionada con su bienestar durante el proceso de curación.

1.8 SERVICIOS HOSPITALARIOS: PACIENTES HOSPITALIZADOS

Un paciente hospitalizado es alguien que es "admitido" en un hospital y que permanece allí durante una noche o durante un periodo indeterminado, normalmente medido en días o semanas. En Florida²⁰ se cubren los servicios para pacientes hospitalizados ofrecidos bajo la dirección de un médico o dentista licenciado. Los servicios para pacientes hospitalizados incluyen:

- Habitación y comidas,
- Suministros médicos,
- Diagnóstico y servicios terapéuticos,
- Uso de las instalaciones del hospital,
- Medicación y pruebas biológicas,
- Atención por parte de enfermeros, y

²⁰ *Welcome to Florida's Medicaid Reform*. Recuperado de https://www.flmedicaidreform.com/spanish/benefits/print/hospital_inpatient.html

- Todos los suministros y equipos necesarios para ofrecer la atención y el tratamiento adecuados a los pacientes.

La Hotelería Hospitalaria es una actividad desarrollada por la industria del hospedaje dentro de la institución de salud, que se preocupa por el bienestar del paciente hospitalizado por un tiempo indeterminado con el fin de cubrirle en sus necesidades y expectativas médicas, objetivas y subjetivas, durante su estadía hospitalaria.²¹

La importancia radica en el compromiso que el sector de la salud debe tener por conseguir la satisfacción de los pacientes con el fin de brindarle una estadía agradable, con atención de calidad, buen trato, que lo hagan sentir cómodo y disminuyan lo traumático de una internación o de una enfermedad, que contribuya a su recuperación. Todo esto es posible, brindando servicios de calidad y para ello es necesario el control y seguimiento de cada uno de los servicios que ofrece la institución de salud.

En el moderno hospital, el HOSPITAL EMPRESA, identificada como empresa de servicios, son visibles CUATRO grandes componentes de producción:

1.9 PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

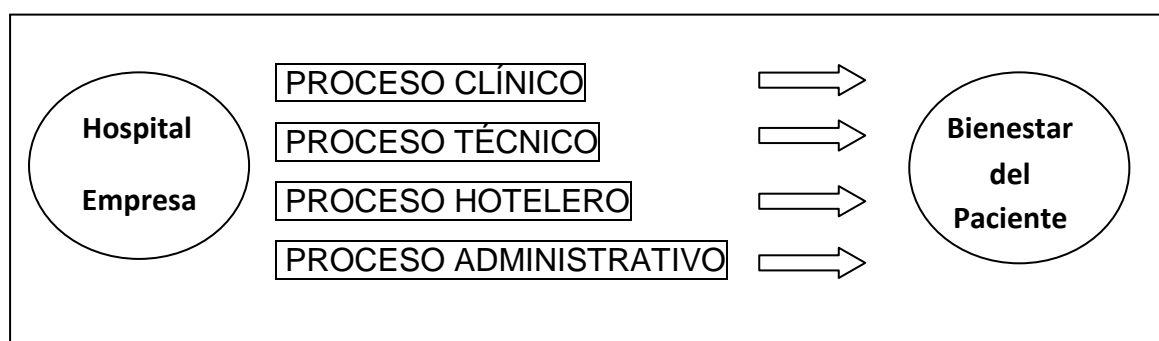


Figura 7. Gráfico elaborado por el autor.

²¹ Conde Soladana, C. (septiembre, 2002). *Los servicios de hostelería hospitalaria: ¿comunicamos?* En: IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Guijón, España.

El proceso CLÍNICO se identifica por los procedimientos científicos y tecnológicos para establecer diagnósticos y aplicar las terapéuticas que requiere la condición patológica del paciente.

Los procesos TÉCNICOS están referidos a la producción de servicios y actividades de apoyo, necesarios al diagnóstico y tratamiento que requiere la complejidad médico asistencial del enfermo y que identifican a los servicios de atención médica, tanto hospitalaria como ambulatoria.

En el proceso HOTELERO se reconoce el carácter de hospedaje que se le proporciona al enfermo, mediante un ambiente agradable, humanizado y confortable a sus exigencias, como persona y como paciente. Donde se evidencia la directa atención brindada, que se traduce en las mejores condiciones físico ambientales, psicológicas, sociales y biológicas, necesario para reflejar la “calidad” de los servicios que se prestan²².

En el proceso ADMINISTRATIVO se encuentra todo aquello relacionado interna y externamente, con el manejo económico de los recursos disponibles, a la disposición del enfermo. Es en esta actividad hospitalaria, olvidada en muchas instituciones de salud, donde se reflejan las actitudes afectivas para satisfacer las expectativas del paciente.

Razones que obligan a pronunciarse por cambios actitudinales en todo el personal de contacto con el enfermo, con acciones sencillas y domésticas, pero que reflejan el interés y comportamiento de sus recursos.

Ese componente cualitativo de sus objetivos como institución prestadora de servicios de salud proporcionan, a su vez, tranquilidad, confort y seguridad, que permiten borrar el antiguo adagio: “LOS HOSPITALES CURAN, PERO NO CUIDAN”.

Los fundamentos de la actividad hotelera la determinan factores sencillos de aplicar, mediante el oportuno y diligente manejo de los recursos puestos al servicio de los usuarios, quienes, a su vez, requieren y reclaman información, adiestramiento y competencia de quienes le atienden, amplia comunicación, actitudes y comportamientos de desempeño, dirigidos a

²² García Servén, J. R. (noviembre, 2007). *Hotelería hospitalaria* (p. 13) Recuperado de <http://www.slideshare.net/jrmoncho/hoteleria-hospitalaria>

cambiar lo negativo en positivo en beneficio del enfermo, brindado de manera integral, con solicitud y afecto.

El hospital configurado como una empresa de servicios ya no puede conformarse con facilitar únicamente atenciones médicas y de enfermería. Hay que brindar una *alimentación* variada, apetitosa, bien condimentada y a temperatura apropiada y en lo posible, sin apartarse de las exigencias científicas y prácticas de la buena alimentación y nutrición; debe semejar a la comida “casera”²³.

El rechazo, en cantidad, de los cubiertos servidos, es un magnífico indicador de la calidad del alimento servido.

Al enfermo debe proporcionársele *ropa limpia*, estéril e higiénicamente satisfactoria. Que su habitación luzca *aseada*, para que tanto él como sus familiares se comprometan a conservar y ser decididos colaboradores, en cuanto al aseo y higiene que se necesita. En su ingreso, debe encontrar personas sonrientes, ya que es aquí, la admisión, el *centro* de relación y contacto con los usuarios y en donde se conjugan lo administrativo con la oferta de asistencia médica y desde donde se genera la confianza que el paciente pueda percibir.

En cuanto al CONFORT se refiere, el mismo se define como el estado de comodidad y de completo bienestar que se puede brindar y obtener, comprendidos en sus cuatro determinantes:

1. El *confort físico ambiental*, conformado por toda la complejidad arquitectónica y estructural del hospital.
2. El *confort psicológico*, se corresponde con la sensación de espacios adecuados y ordenados, que mejoran el estado de ánimo del enfermo.
3. El *confort biológico*, referido a los servicios médicos dispensados para cubrir las necesidades de salud, utilizando los últimos avances científicos y tecnológicos, sin olvidar su comportamiento ético y personal responsabilidad.
4. El *confort social*, está determinado por aquellos componentes humanos intrínsecos al paciente, quien necesita interrelacionarse y expresar cuanto de

²³ García Servén, J. R. (noviembre, 2007). *Hotelería hospitalaria* (p. 19) Recuperado de <http://www.slideshare.net/jrmoncho/hoteleria-hospitalaria>

sus valores educativos, religiosos, morales y de buena comunicación le identifican, en búsqueda de su respeto como ser humano.

La calidad en la atención de los servicios Hoteleros (o servicios no Sanitarios) de las clínicas tiene percepciones distintas según cada paciente. Sería difícil llegar a una sola respuesta de ¿Qué es la calidad de atención? ó ¿Qué entiende el paciente por percepción?, en este caso habría que analizar una respuesta por cada uno de los pacientes. Lo que sí podemos hacer, según datos que relevaremos a continuación, es medir respuestas generales o patrones de respuestas generales que nos lleven a poder armar una respuesta de los servicios que para el paciente configuran su percepción de “Calidad”.

La tendencia actual en las empresas de todo tipo, es distinguirse de sus competidores a través de la diferenciación en el servicio. A igualdad de producto, la diferenciación es lo que hace inclinar a un cliente por una u otra empresa. Para hacer más gráfico este ejemplo, podemos poner el modelo de dos empresas de aviación. Supongamos que ambas venden la ruta Buenos Aires - Estambul, a un precio similar y son empresas prestigiosas en el mercado, pero una de ellas en el asiento turista tiene una separación entre filas superior a la competencia; en un viaje largo sin duda a igualdad de precio y condiciones uno se volcaría a una u otra empresa²⁴.

Las instituciones de salud no deben escapar de este propósito, ya que desde su concepción más simple, es el bienestar del paciente su razón de ser. La Hotelería Hospitalaria es la alternativa más viable y efectiva para enriquecer el proceso de restablecimiento de la salud de un paciente, haciendo que éste transcurra en un ambiente agradable, higiénico y adecuado desde el punto de vista de confort. Adicionalmente, se ha observado que como mejoramiento de los aspectos concernientes a una institución de salud, los empleados, los acompañantes de los pacientes y los visitantes manifiestan un incremento de la satisfacción debido al servicio ofrecido o recibido según cada caso.

Tradicionalmente los hospitales han sido instituciones cuyas instalaciones y sistemas están diseñados para facilitar a los médicos su

²⁴ *Memorias del II Congreso Latinoamericano de ingeniería Biomédica*, 23 al 25 de mayo de 2001, La Habana, Cuba.

labor de sanar a los pacientes. En este sentido, en los hospitales y clínicas se cuenta con personal médico y paramédico, equipos médicos, tecnología e infraestructura que facilita tener los mejores resultados clínicos.

En general, el personal médico asiste con frecuencia a congresos de actualización médica y se invierte en equipamiento para la buena atención del paciente, su pronta recuperación y una excelente rehabilitación. Aunque todo lo anterior redundaría en beneficio directo del paciente, se ha descuidado la perspectiva de éste dentro del hospital desde el punto de vista del confort. Este nuevo reto implica identificar conceptos de las profesiones de la hospitalidad (Hotelería) para facilitarle al médico su labor de sanar y, adicionalmente, conseguir la feliz recuperación del paciente.

1.10 ¿POR QUÉ ES NECESARIA LA HOTELERÍA HOSPITALARIA?

Conde Soladana, quien describe los Servicios Hospitalarios en su artículo “¿Comunicamos? (2002)”²⁵, relata que si nos fijamos en las encuestas de los ‘clientes-pacientes’, nos daremos cuenta de que lo que mejor perciben es la calidad de la Hotelería Hospitalaria, además del trato humano, por serles más cercano, más próximo. Y es lógico, no entran a valorar los cuidados puramente sanitarios, los médicos y los cuidados de enfermería porque simplemente dan por hecho que están haciendo lo que procede en cada caso, que van a curarse y admiten incluso aquellas pruebas que pueden ser agresivas pero que entienden como necesarias. Distinto es hablar, como ya se ha referido, del trato humano, la limpieza, la comida o el mantenimiento. Todos tenemos parámetros para valorar la calidad de unos servicios tan básicos e igualmente importantes cuya finalidad no sólo es proporcionar sensación de confort, sino que se entiende en muchos casos como parte integrante de la curación. Así, nuestros clientes deben entender, que por ejemplo la dieta es una parte más de su curación y nosotros debemos de hacer llegar esta información.

²⁵ Conde Soladana, C. (Septiembre, 2002). *Los servicios de hostelería hospitalaria: ¿comunicamos?* En IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hotelería Hospitalaria, Gijón, España.

A los pacientes les ofrecemos, entre muchas otras cosas, servicios tales como limpieza, alimentación, pero si no aderezamos todo esto con un trato correcto, al final generaremos conflictos. ¿Cuál es pues nuestro objetivo, el de los que trabajamos en Hostelería Hospitalaria?: Proporcionar el mayor confort posible.

Calidad hospitalaria no está reñida con calidad hotelera. El paciente, está en una situación extraña, desubicado y expuesto a muchas acciones que ni siquiera entiende, de ahí que debemos crear un clima lo más distendido posible, transmitir tranquilidad, calma, seguridad y servicios que favorezcan su mejoría.

Ahora que ya hemos expuesto una visión sobre lo importante que es la percepción del paciente en cuanto a los servicios hoteleros que recibe, creo conveniente citar una ponencia de Amenabar Aramburu²⁶ acerca de lo que es el confort hospitalario y cuáles son sus objetivos y métodos. Confort hospitalario es integrar al paciente en el propio objetivo del centro de salud. Se considera también como prioritario el confort de los familiares, por lo que ello significa en la propia recuperación del paciente.

Se dice confort-comodidad y no hemos definido lo que es el confort. Una de las definiciones del diccionario es que “confort es la buena disposición de las cosas para el uso que se ha de hacer de ellas”, trasladando el concepto a lo hospitalario, podemos decir que entendemos el confort como un conjunto de acciones destinadas a hacer sentir cómodo y relajado al paciente dentro de las circunstancias de un ingreso. En esta noción de confort inciden también el mobiliario, la limpieza, el control de ruido, la conservación, el control de temperatura, humedad y luminosidad, y la seguridad.

En cuanto al mobiliario, hay que tener en cuenta la elección conforme a la legislación en materia de prevención de riesgos laborales, la durabilidad y costos de mantenimiento, una estética uniforme acorde con la estética general de todo el centro. Asimismo, la señalización es muy importante para que los pacientes no se sientan desorientados dentro del centro.

²⁶ Aramburu, A. (2001). *El confort en un centro privado*. En: II Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Granada, España.

La señalización de circuitos internos debe ser sencilla y de fácil comprensión. Ante todo, es necesario que cada ciudadano enfermo o familiar que sea acogido o acuda a los centros sanitarios, pueda en todo momento identificar al personal que les atiende perteneciente a dicho centro, tanto de carácter asistencial como no asistencial. Esta identificación se ha conseguido gracias al cambio de uniformidad del personal por medio de diferente estampa en su vestuario y mediante un bordado o chapa en el bolsillo de su ropa con su categoría profesional y su nombre. Respecto de la limpieza dentro de los aspectos hoteleros, la limpieza es uno de los más importantes, no sólo porque es la que ofrece la primera imagen del centro de cara al exterior, sino por ser su calidad fundamental para el buen desarrollo de la actividad sanitaria. Por limpieza aplicada a un centro de salud se entiende la implantación de una serie de sistemas y métodos de limpieza adecuados al ambiente hospitalario en relación a las necesidades de las distintas zonas del mismo²⁷. La higiene hospitalaria y la limpieza, son algunos de los elementos que la hotelería del centro de salud, ofrece a sus usuarios como parte de un plan de atención integral, y tiene por objeto proporcionar un ambiente cómodo, agradable y seguro que contribuya a la pronta recuperación del cliente.

Con relación al estado de conservación, un equipo de mantenimiento con todas las especialidades, gasistas, electricistas, pintores, etc. debe evaluar cotidianamente el estado de mantenimiento del centro. Otra de las variables importantes a medir es la División de Mantenimiento²⁸: que se define como la unidad encargada de asegurar el funcionamiento eficiente y continuado de los ambientes, las instalaciones, los equipos, mediante la prevención, la conservación y el mejoramiento de los mismos, a fin de lograr una mayor vida útil, seguridad de operación y economía en costos. En este sentido, el Mantenimiento llega a tener connotación cuando se conserva en

²⁷ Goldarbeiter Seifer, C. (2000). *Problemática y alternativas de la limpieza en el entorno hospitalario*. En II Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Granada, España.

²⁸ La gerencia en la administración del mantenimiento hospitalario. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/la_gerencia_en_la_administracion_del_mantenimiento_hospitalario.doc

operación continua, confiable, segura y económica, la totalidad de las instalaciones, inmuebles y equipos que la institución tiene para la prestación de Atención de Salud a sus pacientes. De ésta área depende en gran medida el confort de los pacientes. Aunque para ellos lo más seguro es que pase desapercibida la importancia que tiene en un centro de salud, hasta que realmente lo necesitan.

“Comentaba al respecto la Sra. Artman Marcela, Azafata perteneciente al departamento de Hotelería del Sanatorio de la Trinidad, Palermo (Bs. As.): ‘Forma parte y depende de la División de Hotelería Hospitalaria porque es con ella en su conjunto, con la que se trabaja para realizar modificaciones, arreglos y para disponer de lo necesario para que todo esté en buenas condiciones antes, mientras y después que el paciente está internado’ (...) ‘Las azafatas con personal de mantenimiento revisamos todas las habitaciones antes del ingreso y al alta del paciente, para que ningún detalle quede librado al azar’”²⁹. Continuando con la temática, donde se pone de manifiesto la convivencia que existe entre lo sanitario y lo hotelero en una institución de salud: se conoce que los centros de salud - tanto de gestión pública como privada- se levantaron y se levantan para cumplir con el compromiso de proteger la salud. La arquitectura hospitalaria, los avances tecnológicos; incluso la investigación, en gran medida, se orientan a conseguir este objetivo. Desde estos principios, la salud se convierte en un derecho fundamental y universal.

Su razón primera y última de existir es la de procurar la mejora de la salud de los ciudadanos y, en definitiva, conseguir una parte importante de su bienestar, tratando la enfermedad³⁰.

²⁹ Urquiza, M. S. (2005). *Hotelería hospitalaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

³⁰ Bravo Elviro, R. *El hospital: la importancia de los servicios generales*. Recuperado de <http://elkinmartin.blogia.com/2010/100402-la-importancia-de-los-hospitales-en-colombia.php>

Aspectos del confort

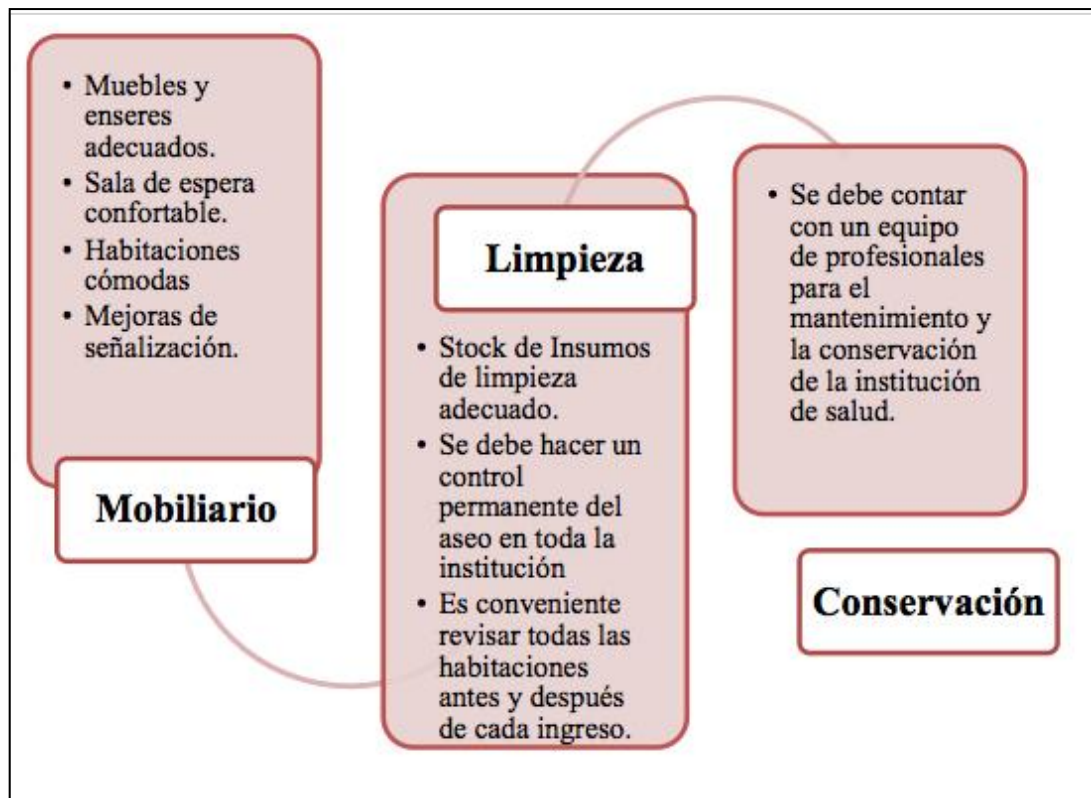


Figura 8. Reproducida de Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.

El **Control de Ruido** también resulta un aspecto sustantivo. No debe existir megafonía en la sala de espera. Se indica que los móviles deben estar apagados, se efectúan sonometrías, se estudian las mediciones de decibelios en todas las zonas de la clínica, se procura evitar los trabajos de mantenimiento por la noche, y se generan planes de reducción de ruidos.

Respecto del **Control de temperatura, humedad y luminosidad** resulta fundamental para evitar cambios bruscos de la temperatura y golpes de humedad, siempre estar atentos a la temperatura adecuada y moderada. Para evitar las molestias de la luz directa y dar un mayor confort utilizar luces indirectas en las habitaciones, pasillos, salas, etc.

En cuanto a la **Seguridad**, es importante disponer de un sistema de vigilancia por cámara y de rondas periódicas de los porteros. La posibilidad de poner cajas de seguridad en todas las habitaciones significa darles un mayor confort traducido en tranquilidad.

Hasta ahora hemos estado definiendo lo que son los objetivos del confort, ahora vamos a ver los medios. Consideramos que los medios fundamentales para alcanzar el máximo nivel de confort son el trato personalizado, la posibilidad de elegir la información en momentos críticos y la resolución de los distintos reclamos de los pacientes.

Los Servicios de Información, Atención al Paciente y Recepción están destinados a mejorar la comunicación con los pacientes y facilitar el movimiento y acceso de los mismos por el centro. Dicho personal debe ser amable, cortés, agilizando los trámites administrativos o acompañamientos en el momento del ingreso. El personal en contacto con el paciente es el que tiene mayor impacto sobre la reputación del centro de salud y de manera especial, al igual que el personal de telefonía.

Sentirse cómodo y relajado dentro de las circunstancias de un ingreso es muy importante, por ejemplo el trato personalizado y humano al paciente desde el momento que entra a la clínica, acompañándole una persona a las habitaciones y explicándole el funcionamiento de todos los servicios de la habitación.

Un área de atención al paciente con horario de mañana y tarde en el que se procure resolver los problemas antes de que al paciente se le de el alta médica. La Dirección es quien debe realizar la respuesta escrita a todas las reclamaciones. Lo más importante es conseguir que el paciente se sienta único, con una sensación sugestiva de familiaridad y comodidad, buscando siempre el máximo confort como parte de la atención integral al paciente.

Una vez adentrado el tema de Hotelería y Confort en hospitalidad y de las variables que intervienen en el mismo, podemos pasar a otro bloque, al bloque de cada una de estas variables y de los antecedentes que poseen en estudios para recalcar su importancia en esta investigación³¹.

Se debe tener muy en cuenta el tema de los menús, sobre todo la presentación y la elección de dietas basales (Generales), ya que las otras están especificadas por los dietistas. Las dietas básicas generales son las

³¹ Urquiza, M. S. (2005). *Hotelería hospitalaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

dietas que se dan a pacientes que no están enfermos y pueden comer cualquier tipo de comida (embarazadas por ejemplo).

En cuanto a la Alimentación³², tenemos tres componentes importantes a la hora de elaborar un menú en una Cocina Hospitalaria: la higiene, la producción y la nutrición. Además, la dieta tiene que cumplir requisitos básicos: ser atractivo para el consumidor, que sea lo más acercado posible a lo que suele comer y aportar los nutrientes adecuados donde entraría la dietética y, por supuesto, no enfermar a los usuarios más de lo que están. Pero aparte de definir qué es lo que se le debe dar a un paciente a la hora de comer, habría que tener claro otra serie de puntos: una sería la comprensión del menú, composición de los platos y el modo de preparación –receta-, para que no haya libre albedrío por parte de la cocina. En este caso, la composición del menú: fundamentalmente, tiene que ser uno que recoja los gustos de la zona. Debe cocinarse lo más sencillamente posible pero atractivo para el paciente, esos son los detalles de hotelería tan importantes para ellos.

También es importante que los alimentos utilizados sean derivables, es decir, que estos alimentos sirvan lo máximo posible para el compendio de dietas que forman un menú en un centro de salud y preparados de forma equilibrada para resultar sabrosa, digestiva y fácil de aprovechar para otras dietas. El primer paso a la hora de definir este plato sería aclarar cual sería la ficha técnica.

Llegado este punto es importante plantear la interrelación entre los servicios hoteleros y los servicios dietéticos de una cocina hospitalaria. En el emplatado es donde se relaciona más la parte hotelera con la parte dietética de una cocina hospitalaria. Es el último eslabón en el que podemos ver que las comidas salen adecuadamente y debe ser asumida esta responsabilidad por el técnico. A partir de aquí hay otra vertiente, que sería la parte higiénico-sanitaria del servicio.

Es evidente que, aunque la dieta no sea excesivamente atractiva, que en el peor de los casos no va a sentirse una nutrición óptima, no es

³² Valero, D. (2003). *Cocinas hospitalarias*. En: V Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Tarragona, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.

admisible que empeore la salud del paciente. Luego la calidad y seguridad higiénica son básicas y deben ser supervisadas por técnicos.

Es sumamente importante la alimentación en pacientes internados³³ y los cuidados deben llevarse a cabo por dos vías: una es Nutrición y Dietética y la segunda, Hotelería. Son dos puntos los que no se deben descuidar:

- La desatención del enfermo en materia nutricional: con ello me refiero a prácticas inadecuadas como mantener al paciente innecesariamente en ayunas durante largos periodos de tiempo, no realizar una valoración nutricional al ingreso, no realizar un seguimiento nutricional durante su estancia o una administración de soportes nutricionales insuficientes. Todas estas funciones que deben corresponder a las unidades de nutrición.

- Desatención en materia de Hotelería: presencia de menús desequilibrados e insuficientes, poco cuidados gastronómicamente, elaborados con tecnologías culinarias poco apetecibles o que no se ajusten a los hábitos alimentarios y de horarios de comidas de la población. En ocasiones, el horario de las tomas se encuentra supeditado a los horarios de los turnos que se establecen en cocina y estos difieren de las costumbres de los pacientes.

La alimentación no sólo debe tener el objetivo de cubrir una necesidad básica, sino que debe asegurar que el paciente que la reciba se mantenga en un estado nutricional óptimo y esté satisfecho tanto en nutrición como en aspecto.

Resaltando el aspecto higiénico-sanitario de los alimentos³⁴, desde el V Seminario de Hotelería Hospitalaria (2002), se asegura que la inocuidad y calidad de los alimentos tiene una gran importancia para proteger la salud de los consumidores.

Si un paciente tiene problemas con la alimentación, tales como inapetencia o intolerancia, es conveniente ofrecerle un menú prácticamente a la carta. Comer bien produce satisfacción y por esa razón hay que tener en cuenta que aspectos como una buena presentación, la temperatura

³³ García Untici, M. (2003). *Funciones de la dietista en las cocinas hospitalarias*. En: V Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Tarragona, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.

³⁴ Pajares Ortiz, M. S. (septiembre, 2002). *Desarrollo e implantación de un sistema de autocontrol A.P.P.C.C. en las cocinas hospitalarias*. En: IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Gijón, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.

adecuada, sabor, proporciones moderadas, etc. contribuyen a la satisfacción del paciente³⁵.

En suma, cuando los pacientes ingresan en la institución, la bienvenida en muchos casos se da a través de normas muy disciplinadas que les afectan tanto a ellos mismos como a sus familiares. Por todo lo mencionado anteriormente, debe ser el reto de una institución de salud el mejorar la calidad percibida por los pacientes como garantía de legitimidad de un sistema sanitario que tiene unos altos niveles técnicos y de resultados, aumentando servicios, mejorando las relaciones humanas y mejorando el confort de las instalaciones.

Si las Instituciones de Salud son capaces de dar a sus pacientes el "tratamiento adecuado, un trato más humanizado y un mejor confort en las instalaciones", conseguirán un servicio hospitalario que satisfaga las expectativas del paciente, que es el que va a juzgar en función de lo que espera, desea y cree que debe ser un Centro Sanitario.

Una buena imagen facilita un crédito que perdona o limita (durante un tiempo) las impresiones del paciente-cliente. Una mala imagen contamina las impresiones y hace dudar sobre cualquier servicio. Es en las habitaciones donde los pacientes pasan la mayor parte del tiempo durante su estancia en el recinto hospitalario y es, precisamente allí, dónde perciben todas las carencias hoteleras y relacionadas con las instalaciones.

1.11 LA GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

La gestión del talento humano es una herramienta fundamental para el desarrollo y la puesta en marcha de un proceso de gestión de la calidad, más particularmente en hospitales, que son empresas de servicios y el bien es intangible, debido a que esta actividad generará mucho valor. Si uno logra hacer una política de calidad con personas capacitadas y motivadas que trabajen para la organización, y estas personas y políticas se mantienen

³⁵ Urquiza, M. S. (2005). *Hotelería hospitalaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.

en el tiempo, tendrá una importante generación de valor para la organización.

La gestión del talento es un proceso para incorporar nuevos talentos o empleados de valor en la empresa, además de que busca retener y desarrollar el recurso humano que existe en la propia empresa. (Marta Alles, 2008). Busca que las empresas tengan un mayor número de empleados de alto potencial que aumenten el valor de la empresa.

El hecho de conseguir o retener talentos para la empresa es una estrategia sobre todo de las empresas más competitivas y que buscan crecer por medio de los recursos humanos que desempeñan un papel importante en la empresa y aumentan su valor. Una empresa con talentos es una empresa más competitiva y dispuesta a enfrentarse a otras situaciones.

Anteriormente las empresas no se preocupaban ni de los recursos humanos ni de la gestión del talento por considerarlo un aspecto secundario. Sin embargo ahora y teniendo en cuenta el auge de la Hotelería Hospitalaria, es una situación muy importante para las clínicas y hospitales que empiezan a reconocer la importancia de esta actividad.

Las empresas, para gestionar el talento crean planes de administración y gestión del talento con una serie de medidas entre las que se encuentran:

- Atraer, reclutar y buscar candidatos cualificados para los puestos vacantes en la empresa.
- Definir y administrar sueldos competitivos para los empleados.
- Ofrecer procesos que mejoran el desempeño de los empleados.
- Crear programas de retención de los empleados.
- Crear un programa de traslados y ascensos a las personas más capacitadas.
- Ofrecer oportunidades de desarrollo y capacitación para los empleados.

Las empresas tienen que crear planes para conseguir y retener los talentos de la empresa de manera que no se cree una fuga de cerebros de

las personas más válidas a empresas de la competencia. Muchas empresas incluso ponen a disposición de la empresa cuestiones y procesos con el objetivo de conseguir que los talentos se encuentren a gusto con la empresa. Existen muchas cuestiones interesantes basadas en la gestión del talento.

Ahora las empresas empiezan a reconocer el valor de los talentos y tienen que tomar medidas para que se contraten, se desarrollen y se queden en la empresa por el papel importante que pueden adquirir dentro de la propia empresa, ya que el rendimiento general de la empresa tiende a ser superior cuando se realiza por personas más capacitadas.³⁶

1.12 GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

La gestión del talento humano y del conocimiento van en el mismo sentido, generación de recursos humanos capacitados y comprometidos con la organización, personal idóneo y con experiencia en el tema (en este caso gestión de la calidad), que si somos capaces de retenerlos, capacitarlos y motivarlos en este sentido, año a año se harán mejores mediciones, más específicas y precisas, con menor margen de error y año a año nos darán más herramientas para la mejora continua.

La gestión del conocimiento se ha convertido en las últimas décadas en una disciplina importante para la gerencia en las organizaciones, fundamentalmente como resultado del avance de las Tecnologías de la Información y Comunicación, y en consideración a que hoy en día está en la era del conocimiento y la información. El conocimiento dentro de las organizaciones es altamente valorado, ya que se traduce en un activo intangible que aumenta el capital intelectual de las organizaciones y conduce a la innovación, garantizando su vigencia en el tiempo. La gestión del conocimiento permite descubrir, transferir, transmitir, reproducir y producir el

³⁶ Alles, M. (2008). *Desarrollo del talento humano*. Buenos Aires: Granica.

conocimiento dentro de las organizaciones, para lo cual debe valerse de herramientas tecnológicas que le permitan realizar adecuadamente estos procesos, que en definitiva pretende convertir el conocimiento tácito en explícito, para que luego sirva en la generación de nuevo conocimiento tácito, y así sucesivamente, logrando de esta forma desarrollar la espiral del conocimiento.

En este sentido, el conocimiento compartido para las organizaciones, es una fuente inagotable de nuevo conocimiento y en consecuencia de aumento de su capital intelectual. La Gestión del conocimiento y las herramientas colaborativas: una alternativa de aplicación en Instituciones de educación superior.

La aplicación de la gestión del conocimiento en las instituciones de salud puede llevarse a cabo con el apoyo de las herramientas colaborativas, ya que éstas de una u otra forma, ya están siendo utilizadas en dichas organizaciones, por lo que se puede aprovechar esta situación para consolidar su utilización, en forma sistemática dentro de un proceso de gestión. A pesar de que en Argentina la gestión del conocimiento en instituciones de salud es poco manejada en la actualidad, es indudable su aplicabilidad en un futuro muy cercano, toda vez que se está requiriendo que dichas organizaciones actúen de acuerdo a las necesidades de su entorno para dar respuestas adecuadas a las exigencia de los pacientes, para lo cual deben evaluar el conocimiento que poseen, cómo ese conocimiento servirá para generar otros y para producir innovaciones y nuevas tecnologías que satisficieran a los pacientes y esto generará mayores índices de satisfacción.³⁷

1.13 GESTIÓN DEL CAMBIO EN LAS ORGANIZACIONES

La gestión del cambio es la herramienta fundamental en toda organización para generar que las nuevas políticas alcancen los objetivos

³⁷ Valhondo, D. (2003). *Gestión del conocimiento. Del mito a la realidad*. Madrid: Díaz de Santos.

planteados y que las propuestas de la dirección se lleven a cabo. Todo cambio genera resistencia y temores. Si tenemos gente capaz de ser agentes de cambios y apaliar la resistencia, se verán que los objetivos se van cumpliendo y luego los miembros de la organización se irán alineando a las nuevas políticas.

El Cambio Organizacional se define como: la capacidad de adaptación de las organizaciones a las diferentes transformaciones que sufra el medio ambiente interno o externo, mediante el aprendizaje.

Los cambios se originan por la interacción de fuerzas, éstas se clasifican en:

- **Internas:** son aquellas que provienen de dentro de la organización, surgen del análisis del comportamiento organizacional y se presentan como alternativas de solución, representando condiciones de equilibrio, creando la necesidad de cambio de orden estructural; son ejemplo de ellas las adecuaciones tecnológicas, cambio de estrategias metodológicas, cambios de directivas, etc.
- **Externas:** son aquellas que provienen de afuera de la organización, creando la necesidad de cambios de orden interno. Son muestras de esta fuerza: los decretos gubernamentales, las normas de calidad, limitaciones en el ambiente tanto físico como económico.³⁸

Los altos niveles de competencia, la internacionalización económica y la aparición de nuevas tecnologías son solo tres de los muchos factores que han presionado el cambio en las organizaciones. Los procesos de renovación, que se basan en la innovación permanente, son ahora una constante empresarial.

Día a día las empresas enfrentan nuevos retos, ya sea una organización consolidada o una pequeña empresa que apenas está empezando, siempre se presentan cuestiones nuevas que inciden en su comportamiento y en su desempeño.

En estos tiempos de cambios rápidos, los nuevos desafíos atentan seriamente sobre la supervivencia de las organizaciones. Nuevos

³⁸ Reyes, A.; Velásquez, JA. (s.f.). *Cambio organizacional*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos13/cborgdef/cborgdef.shtml>

competidores externos, movilización de capitales, dificultad para retener al talento humano y tecnologías cambiantes, son elementos que obligan a las personas que llevan las riendas de las firmas a estar preparadas para el cambio, y no solo a eso sino a tener la habilidad de motivar a su gente para alcanzar la renovación continua.

La gestión del cambio no consiste en implantar nuevos modelos de gestión que a la postre resultan ser solamente teorías pasajeras, más bien consiste en aprovechar los cambios del entorno empresarial para el bien de la firma. Por ello, las compañías no solo deben ser flexibles, sino que quienes las manejan deben desarrollar una aguda percepción para anticiparse a los cambios y poder estar así siempre a la vanguardia.³⁹

1.14 LA CO-CREACIÓN DE VALOR

La co-creación de valor es una de las principales actividades si pensamos en políticas de gestión de la calidad y satisfacción de los clientes/pacientes. La co-creación es trabajar y escuchar a los clientes y generar conjuntamente el valor y las experiencias de los clientes con la empresa. Generando acciones y creando espacios de dialogo y vínculos con el cliente, se podrá en conjunto construir valor y tener más satisfecho al cliente.

⁴⁰La co-creación de valor es el corolario de la emergente teoría de la Lógica Integral del Servicio. Este concepto en marketing ha sido uno de los que ha generado mayor atención a lo largo de los años y ha adquirido recientemente una gran relevancia tanto a nivel empresarial como académico, tal y como se demuestra en la gran cantidad de artículos publicados sobre este tema en los últimos años.

³⁹ Pascale, R. T. (1991). *Managing on the edge: how the smartest companies use conflict to stay ahead*. Touchstone.

⁴⁰ Casis Echarri, G. (2014) *La co-creación de valor en el nuevo paradigma emergente del marketing*. (Tesis) Universidad de Leon, España.

Una vez expuestos los objetivos del trabajo y habiendo revisado el nuevo paradigma de marketing a través de la lógica dominante de servicio, vamos ver una revisión del proceso de co-creación de valor, haciendo especial hincapié en el concepto de co-creación de experiencias como fuente de creación de valor y en la importancia de la participación del cliente.⁴¹

Co-creación de valor y participación del cliente

Debido al desarrollo y evolución de las tecnologías de la información y comunicación, y de los cambios en la demanda y en la competencia, la forma de actuar de las empresas ha ido cambiando. El uso continuo de internet mediante redes sociales y foros, hace que los consumidores tengan acceso a mucha información y que les permita estar más conectados e informados y por tanto más cualificados para evaluar la oferta de la empresa. Desde una perspectiva tradicional, el marketing considera el desarrollo de nuevos productos y servicios como un proceso adjudicado a la empresa en el que los clientes son compradores y usuarios pasivos y donde el valor está incrustado en las unidades de producción (valor en intercambio). En la actualidad estamos viendo estas tendencias que están permitiendo una nueva forma de crear valor de forma conjunta, la co-creación de valor. Este paradigma defiende que los clientes son co-creadores activos de productos y servicios, permitiéndoles ocupar un papel activo en la empresa. El aumento de participación del cliente se debe en parte a la aceptabilidad por parte de la empresa de la importancia de satisfacer las necesidades de los clientes y de que parte del éxito de las innovaciones de las empresas depende de ellos.

La integración de recursos es el medio a través del cual se logra la co-creación de valor, la lógica integral de servicio hace hincapié en los recursos que posee el cliente y proveedor y en la forma en que se utilizan en el punto de interacción. Si en el enfoque tradicional el lugar de la interacción

⁴¹ Prahalad, C. F., Ramaswamy, E. (2012). *La co-creación de valor y experiencias*. (s.l.): Titanium

se encontraba al final de la cadena de valor, en este enfoque de la co-creación, la interacción puede tener lugar en cualquier momento del sistema.

Vargo y Lusch (2004)⁴² consideran que “el valor se genera y co-crea en colaboración con el consumidor” y que por lo tanto el marketing debe centrarse en las habilidades específicas y conocimiento como fuentes de ventaja competitiva. En este sentido consideran a todas las partes involucradas como actores que co-crean valor mediante la integración de recursos. A continuación, vamos a ver quiénes son los actores que participan en este contexto. Según la lógica dominante de servicio, la empresa no puede entregar valor, solamente puede ofrecer ‘proposiciones de valor’. Consecuentemente las empresas, mediante la interacción con otras partes como los clientes, pueden desarrollar un proceso conjunto de creación de valor. Es por ello que el cliente no es un mero receptor, sino que es un socio colaborador que crea el valor con la empresa; de ahí que en este proceso de cocreación de valor, el cliente es el continuador del proceso de creación de valor que el proveedor inicia. Por tanto, el papel del proveedor en este proceso es el de integrar los recursos para facilitar al cliente la propuesta de valor; y el del cliente constituye un aspecto central en la lógica de servicio, porque como ya hemos dicho, están más informados y pueden integrar sus conocimientos y habilidades en el proceso de producción del bien, integrando su uso y experiencia a la empresa.

Los “stakeholders” o grupos de interés se encargan de ofrecer ideas innovadoras para la empresa (Ramaswamy, 2012)⁴³. Como dice Gummesson (2008)⁴⁴, un proveedor tiene una propuesta de valor, pero la actualización del valor se realiza en el proceso de utilización y consumo que realiza el consumidor, por lo que proveedores y clientes son co-creadores de valor. En este espacio, todos los actores sociales o económicos convergen para co-crear ofertas de valor que tendrán lugar en la interrelación entre complejas redes. En los enfoques de co-creación de valor se ha tratado de

⁴² Vargo, S. y Lusch, R. (2004) The four service marketing myths: remnants of a goods-based manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6(4), 324-335.

⁴³ Ramaswamy, V. a. G.G. (2012). The power of co-creation. *Journal of Product Innovation Management*, 29(4), 683.

⁴⁴ Gummesson, E. (2008). Extending the service-dominant logic: from customer centricity to balanced centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 15-17.

cambiar el enfoque del valor en intercambio hacia “valor en uso” o “valor en contexto”. Cuando los clientes aplican sus recursos, es decir, conocimiento y habilidades a los recursos proporcionados por la empresa experimentan valor en uso.

Por lo que el valor en uso se crea a través de la acumulación de experiencias de los usuarios en los distintos contextos. Pero el valor no se crea hasta que el beneficiario del servicio, que suele ser el cliente, integra y aplica los recursos del proveedor de servicios con otros recursos.⁴⁵

Tabla 1. Co-creación de valor

No es co-creación de valor	Qué es la co-creación valor
- Enfoque en el cliente. El cliente es el rey o el cliente siempre tiene razón.	- La co-creación es la creación conjunta de valor por la empresa y el cliente y no es la empresa intentando complacer al cliente
- Entregar un buen servicio al cliente o cuidar al cliente con un servicio de lujo. - Personalización en masa de las ofertas que se adaptan a la industria de la cadena de Suministro. -Transferencia de las actividades de la empresa al cliente en forma de autoservicio. -El cliente como co-diseñador de productos y servicios.	- Permitir al cliente que co-construya la experiencia del servicio y que se adapte a su contexto. - Poner en común la definición del problema y su solución. -Crear un entorno de experiencia en el cual los clientes pueden dialogar activamente y co-construir experiencias personalizadas; los productos pueden ser los mismos pero los clientes pueden construir diferentes experiencias.
- Variedad de productos. - Un único segmento. - Investigación meticulosa del mercado	-Variedad de experiencias. - Una única experiencia. -Experimentar el negocio tal como lo hacen los clientes en tiempo real.
- Poner en escena experiencias.	-Co-construir experiencias personalizadas
- Innovación en función de la visión de la demanda para nuevos productos y servicios.	- Innovar entornos de experiencias para la co-creación de nuevas experiencias.

Nota: Reproducida de Casis Echarri, G. (2014)

⁴⁵ Casis Echarri, G. (2014) La co-creación de valor en el nuevo paradigma emergente del marketing. (Tesis de grado). Universidad de Leon, España 2014.

1.15 GESTIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DEL CLIENTE

La gestión de las experiencias del cliente es el conjunto de estrategias que tienen la intención de buscar, recopilar y almacenar la información adecuada, validarla y compartirla a través de toda la organización, con objeto de que después sea utilizada por todos los niveles organizativos para crear experiencias únicas y personalizadas a sus clientes. Se destaca el papel fundamental de la información y conocimiento del cliente, que debe ser gestionado y compartido por la organización para personalizar el servicio.

“Customer Experience” o experiencia de cliente. Son muchos los conceptos asociados a esta disciplina, al visitar empresas y dialogar con profesionales del mundo del marketing, de la calidad, de la innovación, de la investigación y de otras áreas de constitución reciente, como “customer insights” (conocimiento del cliente), “business intelligence” (inteligencia del negocio) o incluso “customer experience”.⁴⁶

Lo que está claro, es que ofrecer calidad ya no es suficiente para tener éxito.

En un entorno cada vez más rápido y complejo es fundamental entender cómo las percepciones desencadenan emociones y sentimientos en las organizaciones y cómo éstos tienen efectos directos en los resultados obtenidos. Es necesario no perder la referencia de que los clientes y empleados son personas con posturas y motivaciones tanto conscientes como subconscientes, para poder conseguir recomendaciones, referencias e incluso la repetición y defensa a ultranza de las marcas y compañías.

Si relacionamos el concepto con “uso o práctica”, la experiencia puede relacionarse con los puntos de contacto que tiene un cliente con la empresa (internet, redes sociales, la tienda, los empleados, el centro de atención al cliente, etc.). Estamos de acuerdo en que cuanto más usa un cliente un producto o servicio, más experiencia tiene con él.

Ahora bien, si lo relacionamos con “vivencia” estamos vinculando el término con aspectos emocionales, lo que complica el mensaje.

⁴⁶ Garrido Moreno, A., Padilla Meléndez A. (2011). El CRM como estrategia de negocio: desarrollo de un modelo exitoso y análisis empírico en el sector hotelero español. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 20(2), 101-118.

La experiencia es un factor que dispara o influye en nuestras emociones.

Si no es fácil medir la parte racional de la experiencia de un cliente con una compañía o una marca, la cuestión se complica cuando añadimos que sus decisiones tienen un claro componente emocional, como es el caso de su experiencia. Por otra parte, abundan los conceptos relacionados con este término, lo que complica aún más el análisis.

Las distintas acepciones del término tienen un impacto directo en cómo se entiende y se gestiona por parte de las organizaciones y por supuesto, en cómo se organiza la investigación alrededor del mismo. La verdad es que cada vez es más común encontrar al “Customer Experience Manager” o al Responsable de la Experiencia del Cliente, ocupando cargos relacionados con la dirección del “Call Center” o el servicio de atención telefónico al cliente.

Por hacer un poco de historia, en lo que tiene que ver con el planteamiento de los institutos de investigación de mercados, podemos decir que hasta hace poco las empresas, cuando se planteaban dar la respuesta a un problema (p.ej. conocer la percepción del precio que ofrecían sobre un determinado producto), acudían a los institutos y compañías de investigación tradicionales para obtener datos y poder apoyarse en ellos a la hora de tomar decisiones. Estos institutos facilitaban una serie de menús basados en recetas más o menos estándar a las que nos trataban de dirigir para casi cualquier problemática. Fundamentalmente hablamos de investigación cuantitativa basada en encuestas o en datos internos de la propia empresa, investigación basada en la observación del cliente en el entorno de la compra y en la realización de cualitativos a base de grupos, más conocidos como “focus group” y entrevistas personales o en profundidad.

Hasta ahora se han tomado decisiones en base a investigación de este tipo. Todos estamos acostumbrados a escuchar y a leer frases del estilo “el 80% de los clientes están muy satisfechos”, “los clientes valoran mal el precio de los productos”, “hay un problema con las reclamaciones”, etc. La verdad es que no se reflexionaba mucho acerca de la metodología con la que se había reportado el dato, o las compañías se ponían medallas de los

resultados obtenidos o se planteaban otras estrategias. Sin embargo, un mayor conocimiento acerca de lo que significan los números y una búsqueda de precisión en dónde se debían hacer las mejoras, hizo que nos planteásemos ir más allá en los análisis por una parte, y por otra que buscásemos métricas que supusieran variaciones reales en los comportamientos de los grupos de interés.

La realidad es que nuevos campos se suman a la investigación y al desarrollo de soluciones innovadoras. Los descubrimientos sobre la importancia de las emociones en la toma de decisiones han dado lugar a soluciones más adaptadas, donde conviven técnicas tradicionales, con tecnología procedente de la medicina y del neuromarketing (medidores de atención, galvanómetros, etc.) y con otras metodologías más recientes, como la realización de investigación cualitativa cuantitativamente (análisis lingüístico y semántico de lo que se dice en internet, a través de las conversaciones mantenidas por los clientes y los operadores en el centro de atención de llamadas, etc.), inferencias predictivas (uso de modelos estadísticos que permiten definir qué aspectos perceptivos impactan en determinados comportamientos), etc.

Por otra parte, el fenómeno de la estrategia vivencial supone también la incorporación de nuevos perfiles al mundo de la investigación, provenientes del mundo de la psicología, del seguimiento de tendencias (“coolhunters”), expertos del sector y de mercados espejo (con problemáticas similares), “stakeholders” o grupos de interés (clientes, proveedores, etc.). Se debe de incorporar al proceso de la innovación los profesionales que sean necesarios para resolver la problemática en cuestión. El concepto que está asociado a esta participación multidisciplinar está también de moda, se llama co-creación.

No tanto que practiquen la escucha activa al cliente, que estudien en profundidad la necesidad y que propongan una solución de investigación que de respuesta al problema que se desea resolver.

Por otra parte, el cliente cada vez tiene menos tiempo para revisar información y cada vez busca una mayor implicación por parte del proveedor en la resolución del problema.

Ante la velocidad de los cambios a los que asistimos y la incertidumbre global, favorecida por una red de intercambio mundial de información (internet), las empresas buscan soluciones y la investigación tuvo que adaptarse, aunque fuese ofreciendo las mismas recetas bajo otra fórmula.

Es necesario entender de estrategia, psicología, estadística, matemáticas, publicidad, etc., para poder razonar la necesidad a resolver, y por lo tanto, la propuesta a desarrollar. Por otra parte, recientemente se asocia la investigación experiencial al neuromarketing. Sin embargo, conviene aclarar que cuando se aborda un proyecto de investigación experiencial, se tiene que hacer una reflexión sobre qué tipo de técnicas y perfiles son los más adecuados para llegar al objetivo marcado, como se decía anteriormente. Ni cualquier objeto de investigación se puede abordar con neuromarketing, ni se puede incluir a cualquier población.

La investigación está sufriendo una evolución como cualquier ciencia, víctima de nuevos descubrimientos y de una nueva realidad, de la que forman parte nuevos canales y tecnología disponible. No hay que desestimar la utilización de técnicas que llevan mucho tiempo funcionando y tampoco dejar de evolucionar y de entender la nueva realidad a la que asistimos. Los institutos de investigación se tendrán que adaptar a esta nueva realidad e incorporar propuestas adaptadas a la información requerida ahora por las organizaciones.

Eso sí, habrá que poner en valor una labor que ha dado con los mayores avances de la historia, la investigación. Al igual que se pretende que el sector se transforme y evolucione ante las nuevas circunstancias globales y específicas, hasta darnos soluciones, no puede ser que no se valore en términos de precio.

1.16 OTROS MÉTODOS DE ANÁLISIS DE LA CALIDAD

Si bien en el este trabajo final se trabaja con la encuesta de satisfacción del paciente como instrumento de medición y relevamiento de datos para medir la satisfacción del paciente, existen otras herramientas de gestión de la calidad y métodos de recolección de datos.

Los indicadores de calidad de gestión de Hotelería Hospitalaria son una herramienta de gestión que facilita la toma de decisiones y que recoge un conjunto coherente de indicadores que proporciona a la Dirección y a las funciones responsables, una visión comprensible de su área de responsabilidad. La información aportada por estos indicadores permite enfocar y alinear los equipos, los recursos y los procesos con las estrategias de la organización. Es un método para medir las actividades de una compañía en términos de su visión y estrategia. Proporciona a los gerentes una mirada global del desempeño del área de la calidad. Es una herramienta de administración de empresas que muestra continuamente cuándo una compañía y sus empleados alcanzan los resultados definidos por el área, en este caso sería el área de calidad.

También es una herramienta que ayuda a la compañía a expresar los objetivos e iniciativas necesarias para cumplir con la estrategia⁴⁷.

Estos indicadores son una herramienta revolucionaria para movilizar a la gente hacia el pleno cumplimiento de la misión, a través de la canalización de las energías, habilidades y conocimientos específicos de la gente en la organización hacia el logro de metas estratégicas de largo plazo. Permite tanto guiar el desempeño actual como apuntar al desempeño futuro. Usa medidas en cuatro categorías -desempeño financiero, conocimiento del cliente, procesos internos de negocios y, aprendizaje y crecimiento- para alinear iniciativas individuales, organizacionales y trans-departamentales, e identifica procesos enteramente nuevos para cumplir con objetivos del cliente y accionistas.

La encuesta de calidad permite nutrir la perspectiva del cliente. Es un sistema de aprendizaje para probar, obtener retroalimentación y

⁴⁷ Kaplan, R. y Norton D. (enero-febrero, 1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 71-79.

actualizar la estrategia de la organización y saber en qué niveles de calidad percibidos estamos. Provee el sistema gerencial de información para que las compañías inviertan en el largo plazo -en clientes, empleados, desarrollo de nuevos productos y sistemas más bien que en gerenciar la última línea para bombear utilidades de corto plazo. Cambia la manera en que se mide y maneja un negocio⁴⁸.

En este trabajo se relevan los aspectos que a criterio de este tesista, son los más relevantes a la hora de medir la calidad percibida. Si bien el instrumento que se desarrollará es la encuesta, existen otros métodos e indicadores. Uno de ellos es el cuadro integral de mando aplicado a los sistemas de salud con el método Servqual⁴⁹ que no han sido desarrollados y que pueden ser objeto de una futura investigación aplicada.

⁴⁸ Kaplan, R y Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.

⁴⁹ Heskett, W., Sasser, E. y Schlesinger L. (1997). *The service profit chain: how leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value*. New York: Free Press.

CAPÍTULO 2

PRESENTACIÓN DEL CASO DE ANÁLISIS

En este capítulo se hará una descripción de la unidad de análisis, se hará una descripción lo más detallada posible pero anónima, con el fin de mantener el secreto profesional dentro de este Trabajo Final de Maestría.

La clínica en cuestión es una clínica de la ciudad de Mar del Plata de alta complejidad (Categoría IV), que posee todas las especialidades médicas y que funciona bajo la forma jurídica de una Sociedad Anónima, donde los médicos y otros profesionales de la salud son los accionistas.

Es una Clínica que posee 110 camas, cinco quirófanos, realiza 10.000 intervenciones quirúrgicas al año en promedio, atiende por guardia una demanda anual de 58.000 pacientes y tiene un universo de 850 trabajadores entre los empleados en relación de dependencia, empleados de servicios tercerizados y los propios médicos.

El órgano de gobierno de la Clínica está compuesto por el Directorio, los gerentes médicos administrativos y financiero y luego existen jerarquías intermedias de Recursos Humanos, Enfermería, Hotelería, Admisión, Facturación y Mantenimiento.

Órgano de Gobierno de la Clínica

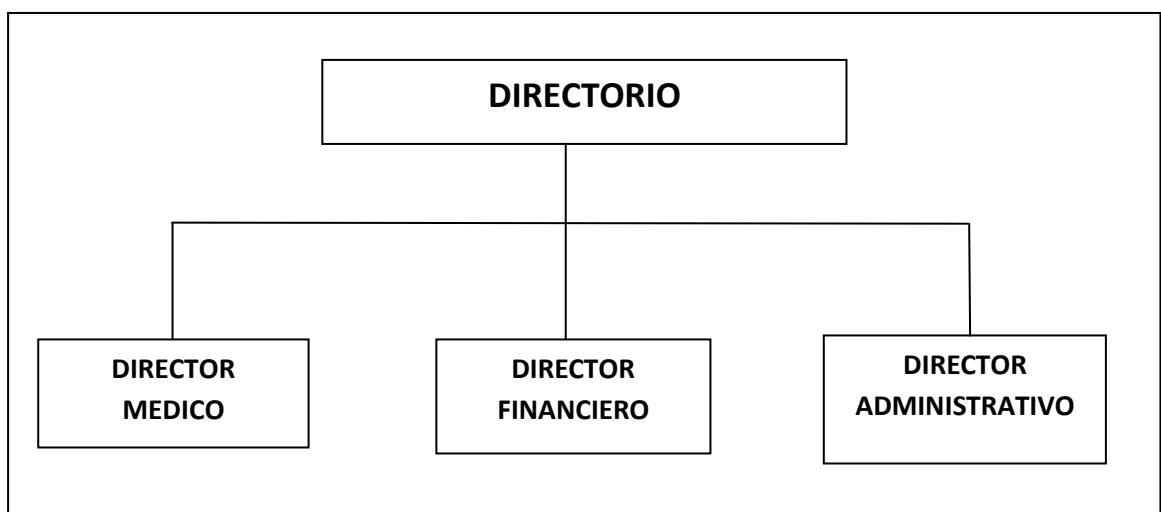


Figura 9. Adaptación del organigrama de la Clínica.

El órgano de gobierno de la clínica en cuestión es el que se encuentra esquematizado ut supra. Dependiendo de cada una de las direcciones se encuentran jefaturas de mandos intermedios.

La clínica posee 110 camas de internación, distribuidas en:

- Internación General
- Maternidad
- Unidad Coronaria
- Unidad de Terapia Infantil
- Unidad de Terapia Intensiva
- Neonatología
- Internación Diurna (Cirugía Ambulatoria)

Posee más de una docena de habitaciones V.I.P con servicios diferenciales de alta calidad, como servicios para el acompañante, monitoreo por cámaras las 24 hs, cofres de seguridad, camas de última generación, sala de espera para visitas, cama para acompañantes, y servicios de alimentación y mobiliario de última generación.

Se desarrollan en la institución las siguientes especialidades:

Tabla 2. Especialidades médicas	
Alergia e Inmunología	Infectología
Análisis Clínicos	Kinesiología
Anestesiología	Medicina Nuclear
Cardiología	Nefrología
Cardiología Infantil	Neonatología
Cirugía Bariátrica y Metabólica	Neumonología
Cirugía Cardiovascular	Neurocirugía
Cirugía de Cabeza y Cuello	Neurología
Cirugía de Tórax	Nutrición
Cirugía General	Obstetricia
Cirugía Pediátrica	Odontología
Cirugía Plástica	Oftalmología
Clínica Médica	Oncología
Coloproctología	Ortopedia y Traumatología
Dermatología	Otorrinolaringología
Diagnóstico por Imágenes	Patología y Citopatología
Endocrinología	Pediatría
Flebolinfología	Reumatología
Fonoaudiología	Salud Mental
Gastroenterología	Terapia Intensiva
Ginecología	Terapia Ocupacional
Hematología	Urgencias Adultos
Hemoterapia	Urgencias Pediatría

Nota: Tabla elaborada por el autor.

CAPÍTULO 3

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN Y METODOLOGÍA

3.1 LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y SUS ANTECEDENTES

La encuesta de satisfacción del paciente surge como un requerimiento de la gestión de la calidad. Debido al exponencial crecimiento de la clínica y las nuevas tendencias sobre Hotelería Hospitalaria era necesario recabar información sobre la estadía de los pacientes con el fin de lograr la excelencia, poder atacar las aéreas donde se detecten mayores problemas, y adelantarse a los focos de conflictos. También poseer información concreta y cuantificada sobre la gestión de la calidad.

La encuesta a desarrollar mide ítems relacionados a la calidad de atención tanto hotelera como médica del paciente. Mide ítems de tiempo de admisión, información recibida, evaluación de la habitación, del personal, de la alimentación, sobre el proceso médico -tema que no se abordará en este Trabajo Final de Maestría, pero que está en la encuesta-, mantenimiento, el trato para con los familiares y acompañantes y un lugar para comentarios.

En la Unidad de Análisis en que realizaremos este trabajo, los primeros antecedentes de medición de la calidad de gestión fueron en el año 2001/2002, cuando se intentó implementar una encuesta, no tan abarcativa como la que se realiza ahora, y con menos tasa de devolución, debido a que no estaba bien instrumentado el sistema de entregar la encuesta y luego su posterior proceso e informatización. Por lo que en aquel entonces, la encuesta fracasó.

La encuesta se entrega en el momento en que el paciente hace la admisión, y luego se le pide la encuesta completa al momento del alta. Con este sistema se garantiza un alto porcentaje de encuestas completas, lo que garantiza una información fidedigna sobre la calidad y los ítems que se quieren medir por parte de la Clínica.

3.2 INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

A continuación se presenta el instrumento de medición con el cual mediremos los ítems referidos a la percepción de la calidad de atención.

La ficha original que se entrega en la clínica para relevar los datos consta en el anexo. A continuación se describirán las preguntas del cuestionario con el fin de relevar la gestión de la calidad en los servicios hoteleros de una clínica.

Fecha de internación

Nombre y apellido (Opcional)

Email (Opcional)

1. ¿Cuánto tiempo tardó en ser atendido?

Más de 20'	Entre 20' y 60'	Más de 60'
Comentarios		

2. ¿El trámite administrativo de internación, fue sencillo?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentarios			

3. ¿Recibió información e instrucción sobre las comodidades de su habitación y servicios disponibles?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

4. ¿Le explicaron en que consiste el Servicio para el Acompañante?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

5. Evalúe la comodidad de la cama y la habitación donde estuvo internado.

Muy Cómoda	Cómoda	Incómoda	Muy Incómoda
Comentario			

6. ¿Cómo evalúa la limpieza de la habitación?

Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala
Comentario			

7. ¿Cómo evaluaría el estado general de la habitación? (Baño, timbre, luces, otros)

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
Comentario			

8. ¿El personal de mucamas, lo ha tratado con amabilidad y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentarios			

9. ¿Qué opina sobre la comida? (presentación, temperatura, sabor,etc.)

Muy buena	Buena	Mala	Muy Mala
Comentario			

10. ¿El personal de enfermería, lo ha tratado con esmero, amabilidad, y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentario			

11. ¿El personal de enfermería acudió con prontitud cuando lo llamó?

Siempre	Frecuentemente	A veces	Nunca
Comentario			

14. ¿Pudo Identificar al personal que lo asistió de manera rápida y sencilla?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

15. ¿El personal de traslados (camilleros) lo ha tratado con amabilidad y respeto?

Mucho	Bastante	Poco	Muy poco	No necesité traslados
Comentario				

21. ¿Le dieron informe de alta?

Sí	No	Comentarios
----	----	-------------

22. ¿Sus familiares y visitantes fueron atendidos amablemente?

Mucho	Bastante	Poco	Muy Poco
Comentario			

23. ¿Volvería a internarse en la Clínica?

Siempre	Sí	Depende	No
Comentario			

Las variables que se quieren relevar son las más significativas. Para medir la calidad en ellas se tendrá en cuenta:

- Tiempos de espera en Admisión
- Trato del personal de Admisión
- Trato del personal de Enfermería
- Trato y cordialidad del personal de Mucamas
- Identificación del Personal
- Trato a persona acompañante del internado
- Calidad de la alimentación
- Calidad de la estructura física (habitación, baños, etc.)
- Estado del recurso móvil (camas, colchones, televisor, etc.)
- Limpieza de las habitaciones
- Ambientación, ruidos molestos, seguridad, etc.
- Médico. Atención médica

- Si la persona fue informada de su tratamiento
- Acciones pertinentes al área médica

Estas variables son significativas a la hora de medir la calidad de atención de un paciente y se podría afirmar que la gran mayoría de las encuestas de calidad de atención en hospitales y clínicas tratan las mismas variables, aunque presentando diversos grados de complejidad.

Otros elementos de medición, pero no tan efectivos, puede ser el contacto telefónico posterior a la internación, pero con este método, la persona ya dejó la clínica hace dos o tres días, pudiendo perder precisión además de tener un costo bastante más alto y llevar mucho más tiempo en el proceso y la confección de los resultados estadísticos. El contacto vía email, si bien sería más económico que el teléfono, presenta también una tasa muy alta de No Respuesta.

Con el sistema planteado de encuesta en mano, se pide que se entregue la encuesta junto con la documentación de internación al momento del alta, lo que genera un 100% de confecciones de encuestas realizadas.

Como se mencionó anteriormente, los resultados de esta encuesta serán determinantes para la toma de decisiones, para ver el comportamiento del personal de cada área en particular y para corregir desvíos y poder atacar los problemas que mayoritariamente se reflejen con connotación negativa.

Lo anteriormente expuesto debe interpretarse en el marco de que la tendencia actual de la gerencia en servicios de salud, inclina a las empresas hacia la satisfacción del paciente/cliente, como una de las metas más importantes de la organización.

CAPÍTULO 4

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Infografía	
Casos:	375
Casos en tercer piso Vip:	150
Fecha de realización:	Del 2 de junio al 3 octubre de 2014
Tipo de cuestionario:	Estandarizado, preguntas cerradas

1. ¿Cuánto tiempo demoró en ser Internado?	
Menos de 20´	44%
Entre 20´ y 60´	29%
Más de 60´	17%
Ns/Nc	10%

2. ¿El trámite administrativo de internación fue sencillo?	
Mucho	45%
Bastante	34%
Poco	10%
Muy poco	6%
Ns/Nc	5%

3. ¿Recibió Información e instrucción sobre las comodidades de su habitación y servicios disponibles?	
Si	58,89%
No	37,49%
Ns/Nc	3,69%

4.¿Le explicaron en qué consiste el servicio para el acompañante?	
Si	45%
No	48%
Ns/Nc	7%

5. Evalúe la comodidad de la cama y la habitación donde estuvo internado	
Muy cómoda	53%
Cómoda	35%
Incómoda	5%
Muy incómoda	2%
Ns/Nc	5%

6. ¿Cómo evalúa la limpieza de la habitación?			
General		3º piso	
Muy Buena	73,23%	Muy Buena	78,20%
Buena	21,40%	Buena	20,02%
Mala	1,09%	Mala	1,54%
Muy Mala	0%	Muy Mala	0,00%
Ns/Nc	4,29%	Ns/Nc	0,23%

7. ¿Cómo evalúa el estado general de la habitación? (baños, timbres, luces, otros)			
General		3º Piso	
Muy Buena	60%	Muy Buena	78,02%
Buena	29%	Buena	17,58%
Regular	6%	Regular	1,09%
Mala	2%	Mala	0%
Ns/Nc	3%	Ns/Nc	3,29%

8. ¿El personal de mucamas lo ha tratado con amabilidad y respeto?			
General		3º Piso	
Mucho	83%	Mucho	69,23%
Bastante	13%	Bastante	25,27%
Poco	1%	Poco	1%
Muy Poco	0%	Muy Poco	0%
Ns/Nc	3%	Ns/Nc	4,39%

9. ¿Qué opina sobre la comida? (Temperatura, sabor, etc.)			
General		3º piso	
Muy Buena	56%	Muy Buena	69%
Buena	30%	Buena	25%
Mala	1%	Mala	1%
Muy Mala	0%	Muy Mala	0%
Ns/Nc	13%	Ns/Nc	5%

10. ¿El personal de enfermería acudió con prontitud cuando lo llamó?	
Mucho	84%
Bastante	10%
Poco	0%
Muy poco	1%
Ns/Nc	5%

11. ¿El personal de enfermería lo ha tratado con esmero, amabilidad y respeto?	
Siempre	77%
Frecuentemente	10%
A veces	4%
Nunca	1%
Ns/Nc	8%

14. ¿Pudo identificar al personal que lo asistió de manera rápida y sencilla?	
Si	81%
No	8%
Ns/Nc	11%

15. ¿El personal de traslados (camilleros) lo ha tratado con amabilidad y respeto?	
Mucho	79%
Bastante	15%
Poco	0%
No necesite traslados	1%
Muy poco	0%
Ns/Nc	5%

21. ¿Le dieron informe médico al alta?	
Si	72%
No	23%
Ns/Nc	5%

22. ¿Sus familiares y visitas fueron atendidos amablemente?	
Mucho	74%
Bastante	19%
Poco	1%
Muy poco	1%
Ns/Nc	5%

23. ¿Volvería a internarse y/o recomendaría los servicios de la Clínica?	
Siempre	60%
Si	32%
Depende	4%
No	1%
Ns/Nc	3%

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS DE RESULTADOS REFLEXIONES

Luego de recopilar, procesar y analizar los resultados de la encuesta de satisfacción podemos afirmar que en líneas genéricas la Clínica se encuentra dentro de los estándares tolerables de insatisfacción (Menores o iguales al 4%), y existen ítems en los cuales hay una gran desinformación por parte del paciente, que son los indicadores que nos dan por encima de los estándares planteados, lo cual claramente es un error de comunicación por parte de la Clínica.

Las preguntas referidas a los procesos administrativos, como el trámite de admisión, la demora en ser atendido, la información sobre comodidades y servicios, nos arrojan resultados con porcentajes de insatisfacción por encima de los estándares esperados, lo cual es motivo de un profundo replanteo de la instrumentación de las cuestiones administrativas, la capacitación específica del personal en el trato al paciente, y principalmente canales de comunicación más fluidos y lenguaje apropiado.

Cuando focalizamos sobre los procesos de información, también éstos arrojan un resultado donde se pueden observar una gran falta de conocimiento sobre algunos servicios que otorga la clínica, como los servicios para el acompañante, los servicios Vip, etc.

Por otro lado, cuando hacemos el análisis del resto de las preguntas, que son las que relevan las comodidades y la experiencia del paciente durante su internación, los resultados son muy positivos, estando todos por debajo de los parámetros de tolerancia estimados.

Según podemos relevar, la clínica posee excelentes servicios de limpieza, de alimentación y de enfermería. Se puede notar un excelente trato del personal para con el paciente de todos los sectores de la clínica, lo que se nota también cuando los pacientes puede hacer comentarios libres y hacen hincapié en el buen servicio y el cordial trato tanto para los pacientes como para sus acompañantes y familiares.

Existe una mayor amplitud cuando se releva sobre el estado de las habitaciones, pero es importante recalcar que hoy en día la mitad de las camas son de un servicio VIP y son individuales y la otra mitad de las camas son en habitaciones compartidas y en una estructura edilicia que es más antigua, lo cual cambia obviamente la percepción sobre las comodidades y estado de las mismas.

Se puede afirmar que la tendencia en todas las clínicas y hospitales de gestión privada es profesionalizar el Área de servicios al paciente (llamada Hotelería Hospitalaria) y que sólo existan habitaciones individuales, lo cual al menos en la ciudad de Mar del Plata llevará algunos años por el proceso de reacondicionamiento edilicio de las clínicas privadas.

Esto demuestra la tendencia en las organizaciones sanatoriales respecto de priorizar las cuestiones operativas vinculadas con la atención médica en detrimento de aquellas otras que tienen que ver con las instancias de contacto entre el paciente y los diversos sectores de admisión, administración y facturación, donde se observa una mayor rigidez en los procedimientos y una tendencia menos proclive a favorecer el proceso del paciente o su familiar obviando demoras u otras barreras que conspiran con una disminución del grado de satisfacción respecto de la totalidad del servicio prestado.

Está claro que la clínica supera exitosamente la evaluación a la que se sometió, siendo muy bajas las quejas sobre la atención, la alimentación y el trato. En algunos casos hasta son nulas. Si se mantiene esta tendencia, en un futuro en las clínicas trabajarán muchos más profesionales del Área de Calidad, Relaciones Humanas, y se desarrollarán procesos que logren los objetivos planteados por profesionales de carreras que poco tienen que ver con la medicina o la administración.

CAPÍTULO 6

PROPUESTAS DE MEJORA

- Según podemos observar, el tiempo que se demoró en atender a los pacientes fue el siguiente: el 29% tardó entre 20 y 60 minutos, el 17% tardó más de 60 minutos, menos de 20` un 44% y Ns/Nc un 10%.

Este problema tiene una causa y es que desde los consultorios médicos se cita a los pacientes en ayunas a las 7 u 8 de la mañana para ser internados. El problema es que a la gran mayoría de los pacientes de la mañana se los cita a la misma hora, con el fin de que las personas estén admitidas y en la habitación a la hora de la cirugía, pero suele suceder que hay gente citada a las 8 de la mañana cuando recién tiene turno de quirófano a las 12 del mediodía o a las 13 hs.

La propuesta de mejora en este caso, sería que desde los consultorios médicos puedan tener acceso al sistema de turnos del quirófano que hoy no lo tienen, y que la secretaria de los médicos, que es quien pide los turnos vía telefónica a quirófano, cite al paciente una hora antes de la intervención y hacer que la espera sea más amena cambiando las sillas por sillones y poniendo una sala de espera más confortable.

Con la orden del Directorio hacia los médicos, pidiendo citación sólo una hora antes de la intervención, no sólo lograríamos que el tiempo de espera se reduzca mucho, sino también se lograría descomprimir el hall central de la clínica que a media mañana en horarios pico está repleto de gente.

- Cuando indagamos sobre la sencillez del trámite de internación, los resultados nos arrojan que para el 45% fue muy sencillo, 34% bastante, para el 10% fue poco sencillo y para un 6% muy poco sencillo.

En este caso la propuesta de mejora es la siguiente: instaurar para todos los pacientes el proceso de PRE-ADMISIÓN. Los pacientes tienen al menos una semana o más de conocimiento sobre la fecha y la hora de la intervención a la que serán sometidos.

El problema de la sencillez se debe a que en la mayoría de los casos los pacientes no tienen en el día el consentimiento informado, se olvidan los análisis pre-quirúrgicos, se olvidan de autorizar la práctica en la obra social, no traen algún tipo de documentación, como DNI de menores, poderes para intervenir menores si no está presente alguno de los padres, etc.

La solución sería implementar el proceso de Preadmisión, que consistiría en que desde los consultorios de entregue a los pacientes un Check-List con la documentación a presentar para estar admitido. Con este Chek-List y toda la documentación recopilada, los pacientes deberán ir 48 o 72 hs. antes de la intervención a presentar toda la documentación, y ya estar admitidos, (dicha pre-admisión preferentemente será en el horario de la tarde, que es cuando más tranquila esta el área de admisión). Si faltara algún estudio o trámite, existe el tiempo suficiente como para hacerse de la documentación requerida y no el día de la intervención, con el estrés que significa estar pendiente de hacer trámites. Además, esto haría más ameno y menos complejo el trámite de internación, pudiendo ya citar a los pacientes con menos tiempo antes de la intervención (Esto también trae parte de la solución del problema 1, ya que bajarían los tiempos en que las personas son atendidas).

- Cuando indagamos si el paciente recibió información e instrucciones sobre las comodidades de la habitación y los servicios disponibles, el 37% dice que no y el 59% dice que sí.
- Cuando se indaga si el paciente recibió información sobre los servicios para el acompañante, el 7% Ns/Nc, el 45% dice que sí y no el 48%.

Tanto los servicios disponibles, como los servicios para el acompañante, generan ingresos e imagen para la clínica, por lo que no se puede admitir un porcentaje tan alto de desconocimiento y desinformación al respecto.

Para este caso la propuesta es realizar una capacitación “In company”, contratando algún profesional en el rubro de comunicación, para

el personal de Admisión, Informes, Prepagas, Mutuales, Convenios Capitados y Operadoras Telefónicas. Una vez realizada la capacitación, esta información podría brindarse en el proceso propuesto anteriormente de PRE-ADMISIÓN. El paciente, 48 o 72 hs. antes de la intervención, está más tranquilo que si se le ofrecen estos servicios en el mismo día de la intervención, con los nervios y el estrés que esto genera. Con esto se logrará que los pacientes estén al tanto de los servicios complementarios que ofrece la clínica y también generar más ingresos.

Siguiendo con las propuestas para mejorar los ítems que no han dado un resultado satisfactorio en la medición realizada en este trabajo, se realiza a continuación un plan de trabajo anual con los objetivos y los plazos de tiempo estimados para optimizar los procesos mencionados y lograr revertir la insatisfacción de los clientes en los temas ya descriptos.

6.1. PLAN DE SEGUIMIENTO ANUAL DE POLÍTICAS DE MEJORAS MEDIDAS EN PROCESOS, TIEMPOS Y MEDICIÓN DE DESVÍOS.

Plan Anual de Implementación de Mejoras														
Objetivo	Proceso	Actividades	MES											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Bajar la demora en atención del paciente	Inicio del proceso de Pre-Admisión	Capacitación a secretarias de médicos												
2. Hacer más sencillo el trámite de Admisión	Implementación del sistema de Pre-admisión	Capacitación constante y cambio cultural a empleados de Admisión												
3. Aumentar el conocimiento de los servicios de la Clínica	Mejora de la comunicación	Capacitación profesional en técnicas de comunicación y ventas												
4. Optimizar comunicación con los pacientes	Mejora de la calidad	Evaluación de las capacitaciones con nuevas encuestas												

Figura 10. Cuadro elaborado por el autor.

A continuación se detallan los temas de capacitación y planes de acción que se proponen como propuestas de mejora.

Objetivo 1:

Bajar la demora en atención al paciente

Capacitación destinada a:

Personal de admisión, guardia, gestión de internaciones, telefonistas, secretarías de médicos:

Temas:

- Sistema informático de turnos de quirófano a personal de admisión y guardia.
- Documentación necesaria para práctica quirúrgica (pre-quirúrgicos, consentimiento informado, autorización de obra social, etc)
- Autorizaciones de prepagas y obras sociales
- Nomenclador de prácticas
- Facturación de obras sociales

Objetivo 2:

Hacer más sencillo el trámite de admisión

Personal de admisión, guardia, gestión de internaciones, telefonistas y secretarías de médicos.

- Este punto en particular podría relacionarse con la co-creación de valor, ya que se podría realizar en conjunto una política de admisión previa que sea lo menos burocrática posible para el paciente y que a su vez resuelva este problema para la clínica.
- Implementación de políticas para dar altas dentro de lo posible entre las 06:00 y 08:00, ya que esto generaría la liberación de las camas, y habría tiempo suficiente de limpieza de las mismas. Con esto, quien llegue a

primera hora para ser operado puede esperar en la habitación y no en la sala de espera.

- Chequear telefónicamente, 24 hs antes de la intervención, que el paciente se encuentre pre-admitido.
- Capacitación constante y coordinación tripartita: Médicos-secretarias de médicos-Personal de admisión.

Objetivo 3:

Aumentar el conocimiento de los servicios de la clínica

Capacitación destinada a:

Personal de admisión, guardia, gestión de internaciones, telefonistas y secretarias de médicos.

Todos los servicios de la clínica:

- A. Servicios Clínicos
- B. Servicios Ambulatorios
- C. Servicios de Apoyo

- Manual de servicios de la clínica, en formato revista y digital, que pueda ser de consulta permanente de los empleados en caso de alguna duda. Se revisará anualmente.
- Control constante y evaluación de desempeño de los empleados.

Objetivo 4:

Optimizar la comunicación con los pacientes

Capacitación destinada a:

Personal de admisión, guardia, gestión de internaciones, telefonistas y secretarias de médicos.

Capacitación anual sobre Atención al Cliente:

- Concepto de calidad del servicio
- Principios de comunicación efectiva
- Técnicas de interacción con el paciente
- Gestión de la satisfacción: voz y zapatos de los pacientes
- Negociación y resolución de conflictos
- Contención

CONCLUSIONES

Luego de realizar el trabajo de campo, podemos afirmar que la clínica se encuentra dentro de los parámetros propuestos de excelencia en atención (menores al 4% de insatisfacción), en los principales ítems, como alimentación, trato cordial, estado edilicio, acceso a información, etc. y que existen disconformidades en procesos administrativos, que es donde se realizan las propuestas de mejora.

Las propuestas de mejora planteadas nos dejan ver la importancia de la comunicación en este tipo de empresas. Tanto la capacitación al personal como la manera en que se brinda la información al paciente son fundamentales para lograr los estándares de calidad deseados.

Este proceso de encuesta, con el mismo cuestionario, se aplica en la clínica hoy en día y es una herramienta fundamental para la gerencia en la toma de decisiones.

En forma genérica este tipo de prácticas (Hotelería Hospitalaria) es un nuevo concepto en el país, desarrollado en mayor medida en Buenos Aires y poco en el interior del país. Se puede casi con seguridad afirmar que esta Clínica ha sido pionera en la ciudad de Mar del Plata en implementar e incorporar este tipo de mediciones a su gestión.

Las clínicas deben adaptarse a los nuevos paradigmas del mercado, al igual que los hoteles, donde se encuentra un paciente mucho más informado, con acceso ágil y rápido a la información y que previamente puede elegir el lugar, ver las instalaciones y hasta compartir las vivencias y experiencias de otros pacientes.

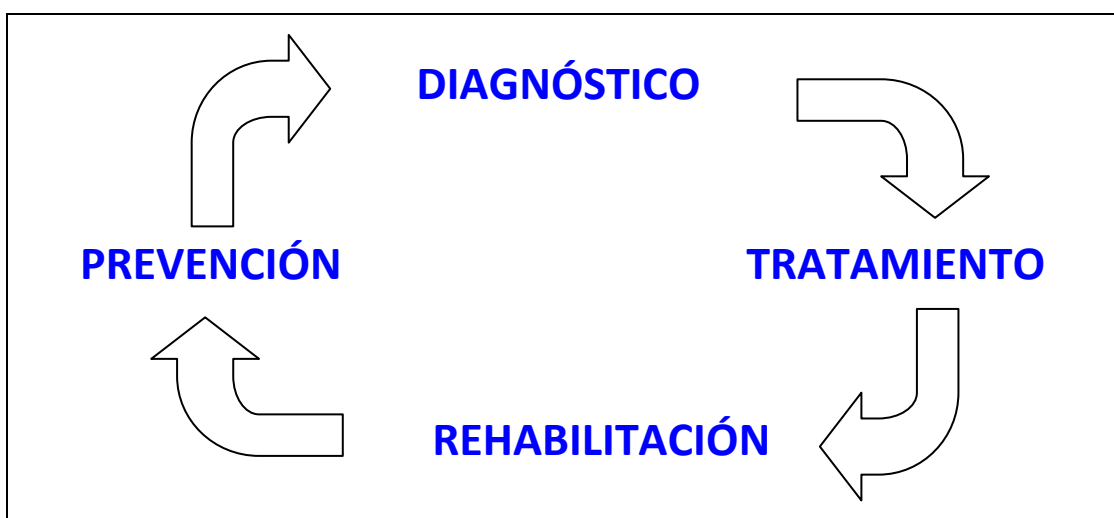
Los nuevos desafíos de este tipo de empresas son el CRM (Customer Relationship Management), y el CEM (Customer Experience Management), que en empresas de servicios son actividades importantísimas para la fidelización del cliente/paciente.

Estas nuevas tendencias, los avances agigantados en las preferencias de consumo y la velocidad de los cambios, hacen que tal vez en 5 o 10 años estos estudios de medición de calidad se vean obsoletos y anacrónicos y que existan nuevos paradigmas de consumo y de clientes, los

que a su vez harán desarrollar nuevas herramientas y prácticas para que las empresas tengan información de sus clientes para ser eficientes y eficaces en la prestación de sus servicios.

A N E X O

CÍRCULO VIRTUOSO DE LA SALUD



Nota: Gráfico elaborado por el Departamento de Docencia e Investigación de la Clínica objeto de estudio. Folletería institucional.

Prevención: El cuidado de la salud comienza con la prevención, la consulta periódica a su médico y la realización de chequeos de rutina.

Diagnóstico: El diagnóstico correcto y oportuno del estado de salud de cada paciente, es fundamental al momento de optar por el tratamiento más adecuado

Tratamiento: En el tratamiento, es el médico quien indica cual es la mejor alternativa para cada paciente, en tanto que éste debe mantener un rol activo, comunicando sus antecedentes y expectativas, aceptando el tratamiento propuesto según la ley 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud.

Rehabilitación: en ocasiones, al finalizar un tratamiento médico, es necesario restituir las funciones afectadas por una enfermedad o trauma. Un adecuado programa de rehabilitación, constituye una valiosa herramienta para una mejor calidad de vida.

**FORMULARIO DE ENCUESTA REAL UTILIZADO PARA REALIZAR EL
PRESENTE TRABAJO, EN USO ACTUALMENTE EN LA CLÍNICA
OBJETO DE ESTUDIO.**

AQUÍ PUEDE AMPLIAR SUS RESPUESTAS

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN
PARA EL PACIENTE INTERNADO**

Estimado paciente:

Nos agradecería conocer su opinión sobre los servicios recibidos durante su internación. Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a evaluar la calidad de nuestra atención. Gracias por su colaboración.

FECHA DE INTERNACIÓN / / PISO HABITACIÓN

APELLIDO Y NOMBRE (OPCIONAL)

E-MAIL:

1. ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORÓ EN SER INTERNADO?

☐ MÁS DE 20' ☐ ENTRE 20' Y 60' ☐ MÁS DE 60' —

COMENTARIO:

2. ¿EL TRÁMITE ADMINISTRATIVO DE INTERNACIÓN FUE SENCILLO?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

3. ¿RECIBÍ INFORMACIÓN E INSTRUCCIÓN SOBRE LAS COMODIDADES DE SU HABITACIÓN Y SERVICIOS DISPONIBLES?

☐ SI ☐ NO COMENTARIO:

4. ¿LE EXPLICARON EN QUÉ CONSISTE EL SERVICIO PARA EL ACOMPAÑANTE?

☐ SI ☐ NO COMENTARIO:

5. EVALÚE LA COMODIDAD DE LA CAMA Y LA HABITACIÓN DONDE ESTUVO INTERNADO

☐ MUY CÓMODA ☐ CÓMODA ☐ INCÓMODA ☐ MUY INCÓMODA

COMENTARIO:

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA EL PACIENTE INTERNADO

6. ¿CÓMO EVALÚA LA LIMPIEZA DE LA HABITACIÓN?

☐ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ MUY MALA

COMENTARIO:

7. ¿CÓMO EVALUARÍA EL ESTADO GENERAL DE LA HABITACIÓN? (BAÑO, TIMBRES, LUCES, OTROS)

☐ MUY BUENO ☐ BUENO ☐ REGULAR ☐ MALO

COMENTARIO:

8. ¿EL PERSONAL DE MUCAMAS LO HA TRATADO CON AMABILIDAD Y RESPETO?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

9. ¿QUÉ OPINA SOBRE LA COMIDA? (PRESENTACIÓN, SABOR, TEMPERATURA, ETC)

☐ MUY BUENA ☐ BUENA ☐ MALA ☐ MUY MALA

COMENTARIO:

10. ¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LO HA TRATADO CON ESMERO, AMABILIDAD Y RESPETO?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

11. ¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACUDIÓ CON PRONTITUD CUANDO LO LLAMÓ?

☐ SIEMPRE ☐ FRECUENTEMENTE ☐ A VECES ☐ NUNCA

COMENTARIO:

12. ¿EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LO AYUDÓ A ASEARSE, MOVERSE, ETC. CUANDO LO REQUIRIÓ?

☐ SIEMPRE ☐ FRECUENTEMENTE ☐ A VECES ☐ NUNCA ☐ NO NECESITÉ AYUDA

COMENTARIO:

13. ¿ESTÁ SATISFECHO CON LOS CUIDADOS RECIBIDOS?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

14. ¿PUDO IDENTIFICAR AL PERSONAL QUE LO ASISTIÓ DE MANERA RÁPIDA Y SENCILLA?

☐ SI ☐ NO

COMENTARIO:

15. ¿EL PERSONAL DE TRASLADOS (CAMILLEROS) LO HA TRATADO CON AMABILIDAD Y RESPETO?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO ☐ NO NECESITÉ TRASLADOS

COMENTARIO:

16. ¿LOS MÉDICOS QUE LO HAN TRATADO, HAN ACTUADO CON PROFESIONALISMO, AMABILIDAD Y CORRECCIÓN?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

17. ¿LOS MÉDICOS LE HAN EXPLICADO SU DIAGNÓSTICO Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

18. ¿LE HAN EXPLICADO LO QUE LE IBAN A REALIZAR EN CASO DE CIRUGÍA Y/O ESTUDIOS?

☐ SIEMPRE ☐ POCAS VECES ☐ NUNCA

COMENTARIO:

19. ¿LE HAN SOLICITADO SU CONSENTIMIENTO PARA OPERARLO?

☐ SIEMPRE ☐ FRECUENTEMENTE ☐ A VECES ☐ NUNCA

COMENTARIO:

20. ¿CONOCÍA EL NOMBRE DE LOS PROFESIONALES QUE LO ATENDIERON?

☐ SI ☐ NO

COMENTARIO:

21. ¿LE DIERON INFORME MÉDICO AL ALTA?

☐ SI ☐ NO

COMENTARIO:

22. ¿SUS FAMILIARES Y VISITAS FUERON ATENDIDOS AMABLEMENTE?

☐ MUCHO ☐ BASTANTE ☐ POCO ☐ MUY POCO

COMENTARIO:

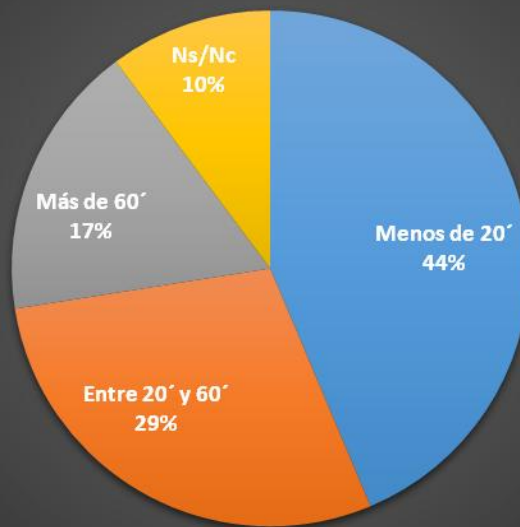
23. ¿VOLVERÍA A INTERNARSE Y/O RECOMENDARÍA LOS SERVICIOS

☐ SIEMPRE ☐ SI ☐ DEPENDE ☐ NO

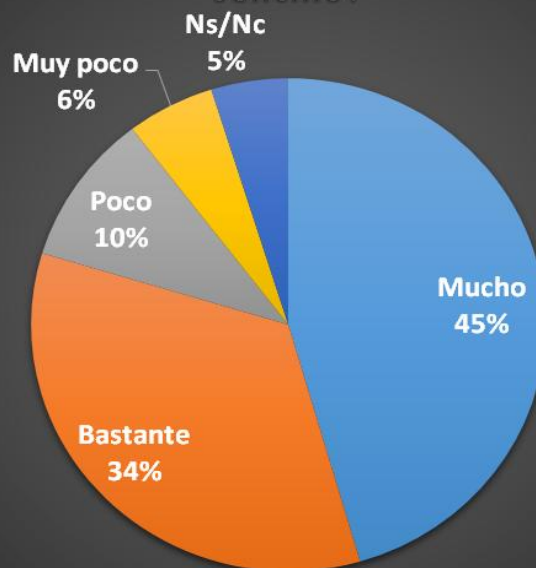
COMENTARIO:

GRÁFICOS: RESULTADOS

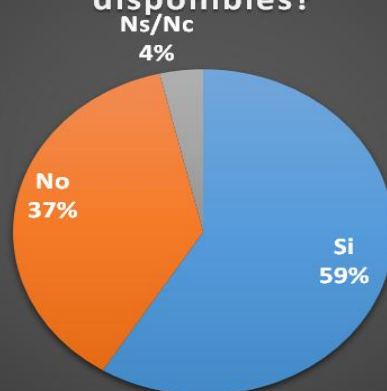
1. ¿Cuánto tiempo demoró en ser internado?



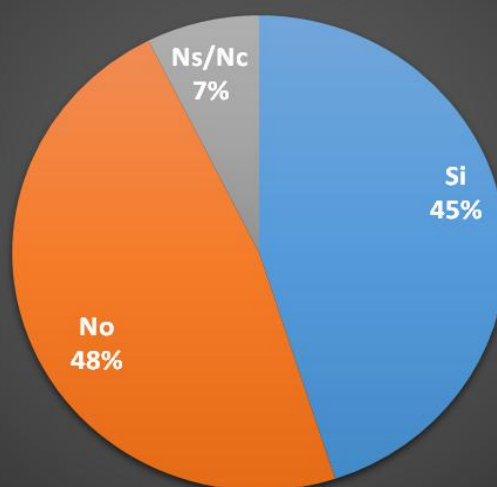
2. ¿El trámite administrativo de internación fue sencillo?



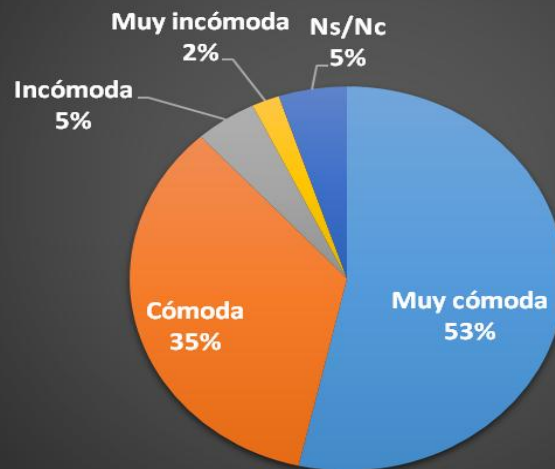
3.¿Recibió información e instrucción sobre las comodidades de su habitación y servicios disponibles?



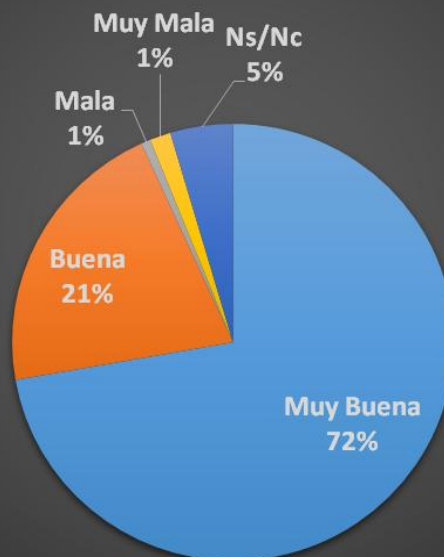
4.¿Le explicaron en qué consiste el servicio para el acompañante?



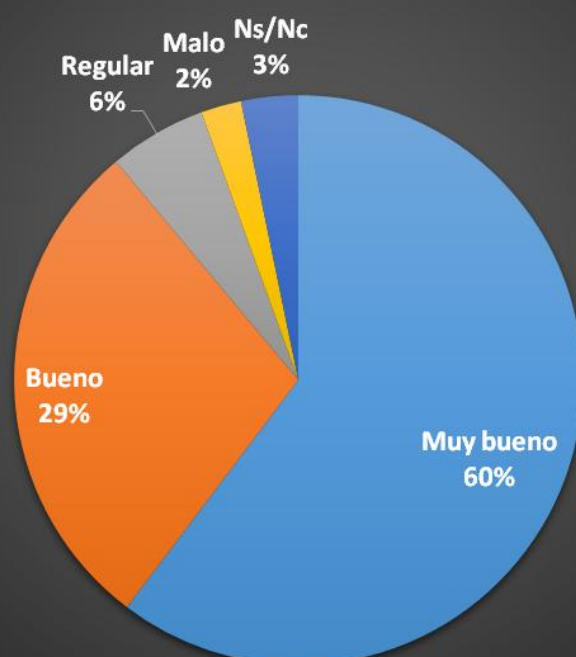
5. Evalúe la comodidad de la cama y la habitación donde estuvo internado



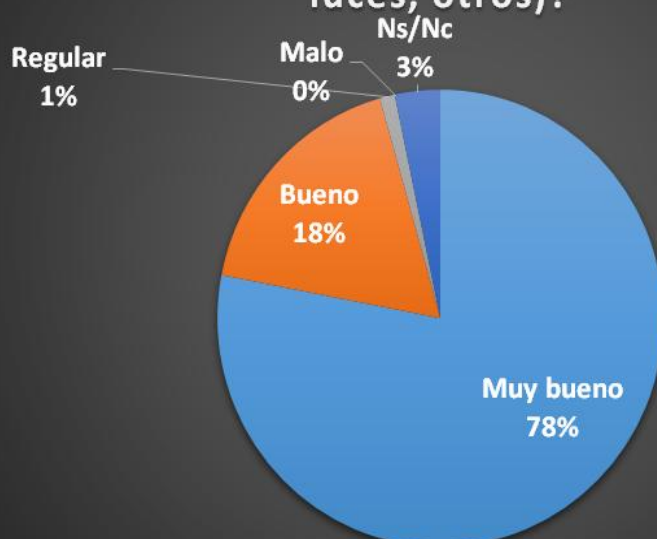
6. ¿Cómo evalúa la limpieza de la habitación?



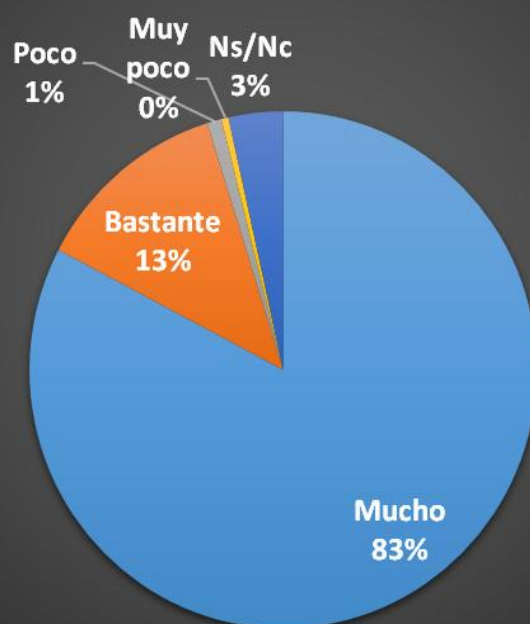
7.¿Cómo evaluaría el estado general de la habitación (baño, timbres, luces, otros)?



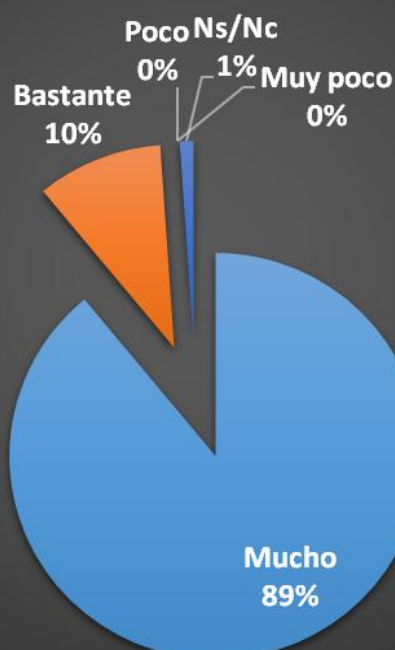
3er. Piso ¿ Cómo evaluaría el estado general de la habitación (baño, timbres, luces, otros)?



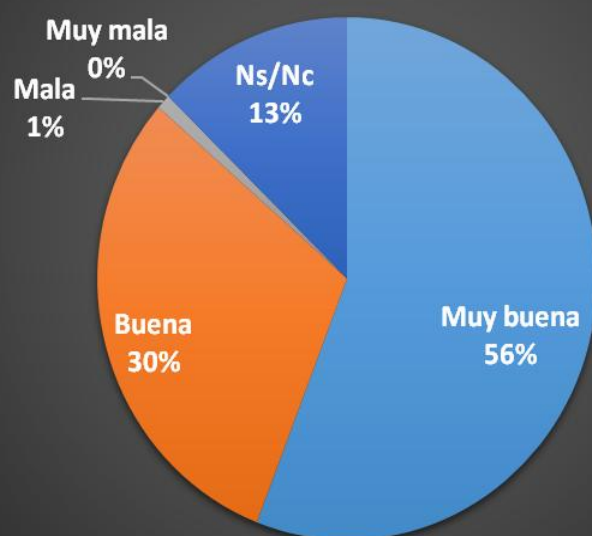
8. ¿El personal de mucamas lo ha tratado con amabilidad y respeto?



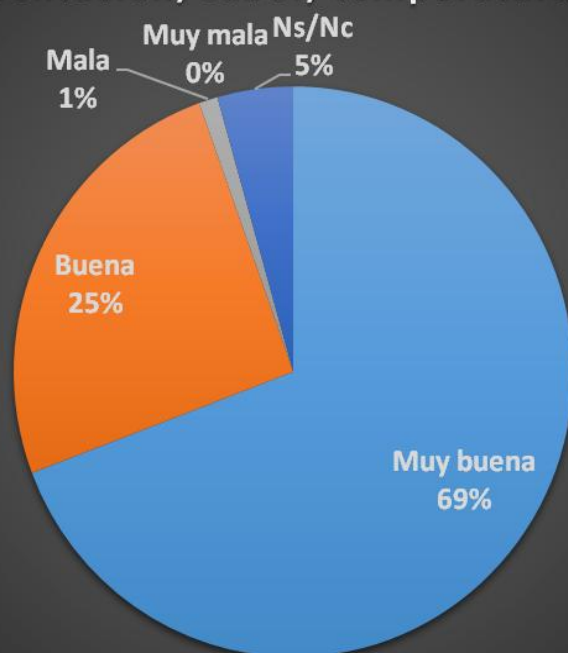
3er. Piso ¿El personal de mucamas lo ha tratado con amabilidad y respeto?



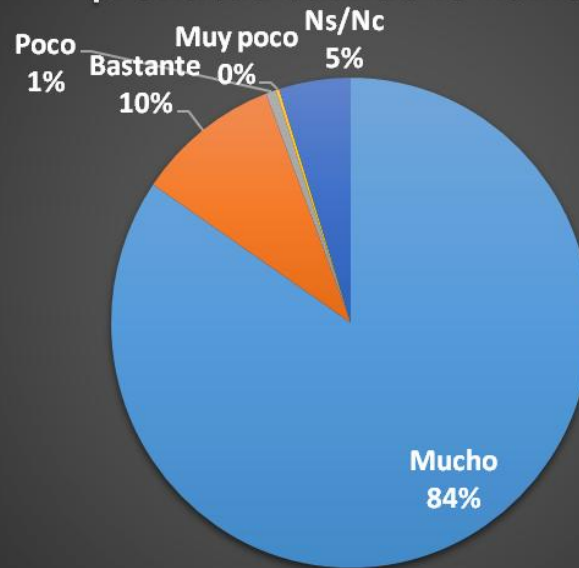
**9.¿Qué opina sobre la comida?
(Presentación, sabor, temperatura, etc)**



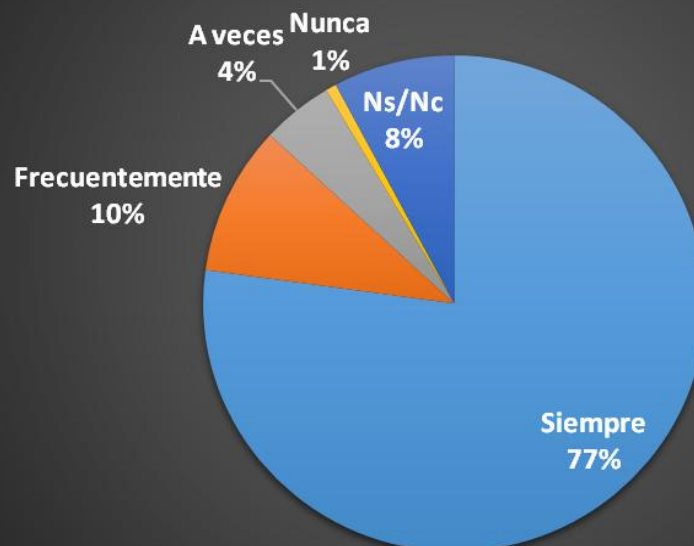
**3er. Piso ¿Qué opina sobre la comida?
(Presentación, sabor, temperatura, etc)**



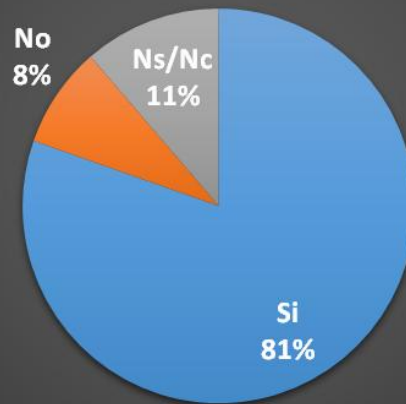
10.¿El personal de enfermería acudió con prontitud cuando lo llamó?



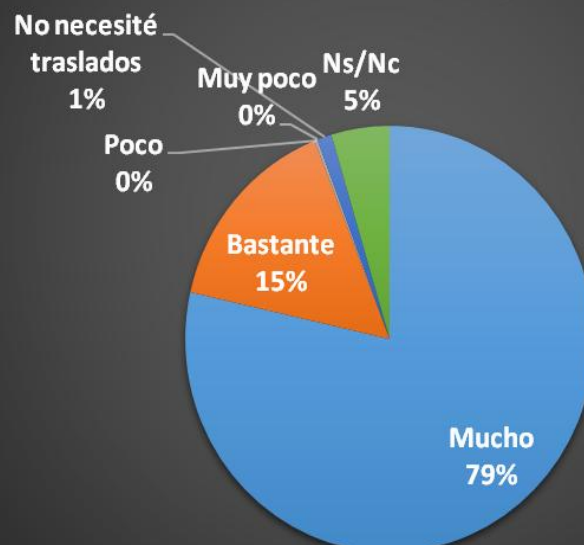
11.¿El personal de enfermería lo ha tratado con esmero, amabilidad y respeto?



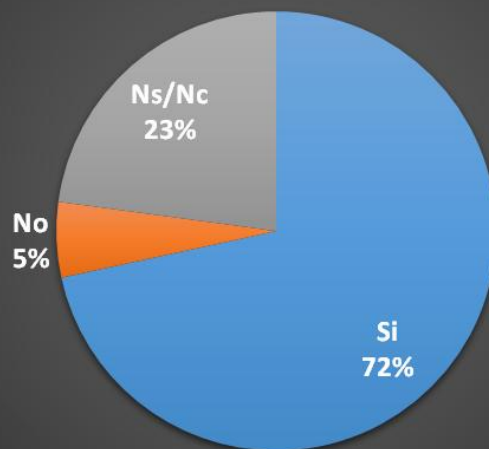
14.¿Pudo identificar al personal que lo asistió de manera rápida y sencilla?



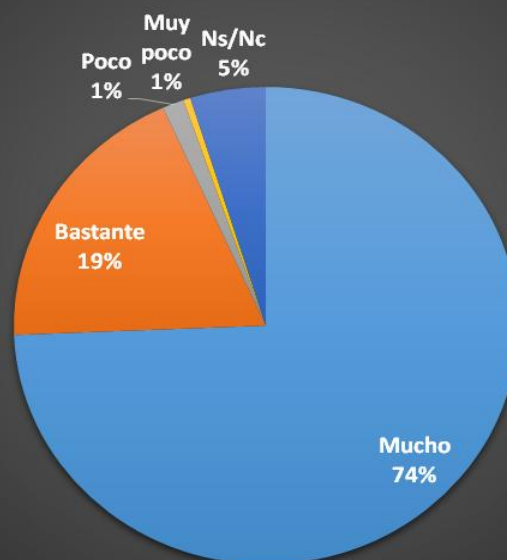
15.¿El personal de traslados (camilleros) lo ha tratado con amabilidad y respeto?



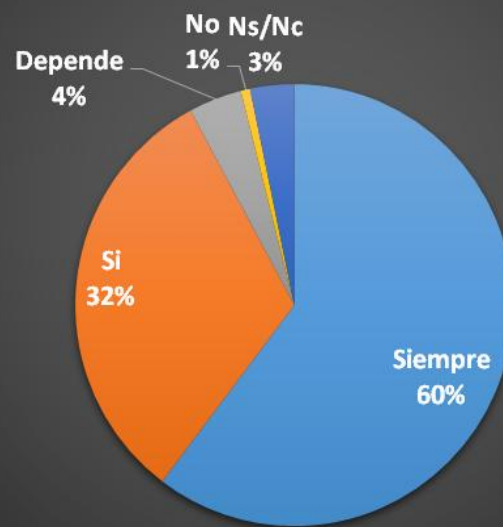
21.¿Le dieron informe médico al alta?



22.¿Sus familiares y visitas fueron atendidos amablemente?



23.¿Volvería a internarse y/o recomendaría los servicios de Clínica y Maternidad Colón?



BIBLIOGRAFÍA

- Alles, M. (2008). *Desarrollo del talento humano*. Buenos Aires: Granica.
- American College of Clinical Engineering. (1992). *What's a clinical engineer*. Recuperado de: http://accenet.org/about/Documents/What's_a_Clinical_Engineer.pdf
- Aramburu, A. (2001). *El confort en un centro privado*. En: II Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Granada, España.
- Arias Armijos, M. P.; Rodas Toledo, V.A. (2002) *Modelo de servucción basado en el cliente, aplicado a Latino Clínica Cuenca Ecuador*. (Tesis de Pregrado) Universidad Politécnica Salesiana, Cuenca, Ecuador.
- Artaza Barrios O., Méndez, C.; Holder Morrison, R; Suárez Jiménez, JM. (2011). *Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales*. Santiago, Chile: OPS/OMS. (p. 59)
- Bravo Elviro, R. *El hospital: la importancia de los servicios generales*. Recuperado de <http://elkinmartin.blogia.com/2010/100402-la-importancia-de-los-hospitales-en-colombia.php>
- Bruce, J. (March-April, 1990). Fundamental elements of the quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 21 (2).
- Casis Echarri, G. (2014) *La co-creación de valor en el nuevo paradigma emergente del marketing*. (Tesis) Universidad de Leon, España.
- Chirinos, E., Rivero, E., Goyo, A., Méndez, E. y Figueredo, C. (2008) Indicadores de gestión para medir la eficiencia hospitalaria. *Negotium: Revista Científica Electrónica Ciencias Gerenciales*, 10 (4), 50-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/782/78241005/>
- Conde Soladana, C. (septiembre, 2002). *Los servicios de hostelería hospitalaria: ¿comunicamos?* En: IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Guijón, España.
- Consorcio Mujer. (1998). *Calidad de atención en la salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina*. Lima.
- Crespo, M. (2009). *Administración Hotelera*. Cuenca, Ecuador: Fokus.
- Curso Básico de Auditoría Médica (2006). Mar del Plata, Argentina.

- D'Andrea, L.; Quaranta, G.; Quinti, G. (s. f.). *Manual técnico del análisis participado de la calidad. Síntesis*. CERFE, Laboratorio di scienze della cittadinanza – ASDO, Coordinación Operativa
- De Azevedo, A. y Korican, T. (1999). *Transformar las organizaciones de salud por la calidad*. 2da. ed. Chile: Parnassah.
- Delia, M., Cantarell, M., Di Giorgio, C. F., Iglesias, M. C. (2006). *Trabajo monográfico grupal: Calidad de la atención médica*. Curso Básico de Auditoría Médica. Médicos Municipales
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748
- Donabedian, A. (1990). *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Méjico: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Gálvez, A.M. (febrero, 1999). *Concepto de eficiencia en el contexto de la salud pública cubana*. Taller. Aspectos macroeconómicos de la eficiencia en salud. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- García Servén, J. R. (noviembre, 2007). *Hotelería hospitalaria*. Recuperado de <http://www.slideshare.net/jrmoncho/hotelaria-hospitalaria>
- García Untici, M. (2003). *Funciones de la dietista en las cocinas hospitalarias*. En: V Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Tarragona, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.
- Garrido Moreno, A., Padilla Meléndez A. (2011). El CRM como estrategia de negocio: desarrollo de un modelo exitoso y análisis empírico en el sector hotelero español. *Revista Europea de Dirección y Economía de la Empresa*, 20(2), 101-118.
- Gilmore, C.M y De Moraes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad*. Washington DC: OPS PALTEX.
- Goldarbeiter Seifer, C. (2000). *Problemática y alternativas de la limpieza en el entorno hospitalario*. En II Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Asociación Española de Hostelería Hospitalaria, Granada, España.
- Guía de gestión de los servicios de admisión y documentación clínica. (2000). Madrid: Fundación Isalud.
- Gummesson, E. (2008). Extending the service-dominant logic: from customer centricity to balanced centricity. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 36(1), 15-17.

- Heskett, W., Sasser, E. y Schlesinger L. (1997). *The service profit chain: how leading companies link profit and growth to loyalty, satisfaction, and value*. New York: Free Press.
- Kaplan, R y Norton, D. (1996). *The balanced scorecard: translating strategy into action*. Boston: Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. y Norton D. (enero-febrero, 1992). The balanced scorecard—measures that drive performance. *Harvard Business Review*, 71-79.
- Kotler, P., Bloom P., Hayes, T. (2004). *El marketing de servicios profesionales*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- La gerencia en la administración del mantenimiento hospitalario. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/infodir/la_gerencia_en_la_administracion_del_mantenimiento_hospitalario.doc
- *Memorias del II Congreso Latinoamericano de ingeniería Biomédica* ,23 al 25 de mayo de 2001, La Habana, Cuba.
- Pajares Ortiz, M. S. (septiembre, 2002). *Desarrollo e implantación de un sistema de autocontrol A.P.P.C.C. en las cocinas hospitalarias*. En: IV Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Gijón, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.
- Pascale, R. T. (1991). *Managing on the edge: how the smartest companies use conflict to stay ahead*. Touchstone.
- Pezoa G, M. (2012). *¿Qué elementos de la atención de salud son, desde la perspectiva del usuario los que más contribuyen a que se sienta satisfecho?*. Superintendencia de Salud. Gobierno de Chile. Recuperado de: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7392_recurso_1.pdf
- Prahalad, C. F., Ramaswamy, E. (2012). *La co-creación de valor y experiencias*. (s.l.): Titanium
- Ramaswamy, V. a. G.G. (2012). The power of co-creation. *Journal of Product Innovation Management*, 29(4), 683.
- Reyes, A.; Velásquez, JA. (s.f.). *Cambio organizacional*. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos13/cborgdef/cborgdef.shtml>
- Romero, C. (1999). *Informe de actividades en el área de hotelería clínica*. Centro Médico Loira. Caracas, Venezuela: FUNINDES USB. Unidad de gestión de tecnologías en salud.
- Roses, R. E. (1999). *Arquitectura hospitalaria: una aproximación a los hospitales del futuro y las nuevas infraestructuras de salud*. Recuperado de:

<http://www.arquitectura.com/arquitectura/monografias/arqhosp/roses.asp>.

- Torre, F. de la. (1998). *Administración hotelera: primer curso, división cuartos*. México: Trillas.
- Urquiza, M. S. (2005). *Hotelería hospitalaria*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina.
- Urroz Torres, O. y Allen Flores, P. (2004) *Introducción a la calidad en los servicios de salud en el nivel local: módulo IX*. San José, Costa Rica: EDNASSS-CCSS.
- Valero, D. (2003). *Cocinas hospitalarias*. En: V Seminario Nacional de Hostelería Hospitalaria. Tarragona, España: Asociación Española de Hostelería Hospitalaria.
- Valhondo, D. (2003). *Gestión del conocimiento. Del mito a la realidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Vargo, S. y Lusch, R. (2004) The four service marketing myths: remnants of a goods-based manufacturing model. *Journal of Service Research*, 6(4), 324-335.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A, Berry, L. L. (1993) *Calidad total en la gestión de servicios: cómo lograr el equilibrio entre las percepciones y expectativas de consumidores*. Madrid: Díaz de Santos.